

В.Ф. МОСКАЛЕНКО (Київ)

**ДІЯЛЬНІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА 1999 РІК:
ЗАВДАННЯ ЩОДО ПОДАЛЬШОГО ЇЇ РОЗВИТКУ,
ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
(ДОПОВІДЬ НА ПІДСУМКОВІЙ КОЛЕГІЇ МОЗ УКРАЇНИ 24.03.2000 Р.)**

Міністерство охорони здоров'я України

Позаду важкий і водночас доленосний рік – рік перемоги демократії та зміцнення української державності. Його підсумкам і визначенню шляхів розвитку системи охорони здоров'я у майбутньому присвячене наше представницьке зібрання.

Розглянемо проблеми та завдання галузі крізь призму найважливіших політичних подій сьогоднішнього дня. Ми звіряємо свій рух із стратегічними цілями держави. Наша мета – забезпечення конституційних гарантій народу України зі збереження та зміцнення його здоров'я. Саме на цьому наголосив Президент України Леонід Данилович Кучма у своєму посланні до Верховної Ради.

Президент визначив такі пріоритети скоординованих дій законодавчої влади та Уряду в галузі охорони здоров'я:

"...Забезпечити поетапне збільшення державних асигнувань у цю сферу, їх... ефективне використання, підвищення якості медичних послуг, переорієнтацію охорони здоров'я на... попередження захворювань..., зниження ризиків для здоров'я, що пов'язані зі шкідливим впливом довкілля... та чинників Чорнобильської катастрофи".

Серед найважливіших пріоритетів є також активна демографічна політика, охорона материнства і дитинства, вдосконалення медичної допомоги людям похилого віку та мешканцям села.

Реформування системи охорони здоров'я буде здійснюватися шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги, створення єдиного медичного простору, ринку платних медичних послуг і введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Майбутнє за *"багатоканальністю фінансування галузі, створенням конкуренції між надавачами медичних послуг та свободою їх вибору. Водночас має бути забезпечена доступність медичного обслуговування для соціально незахищених верств населення шляхом затвердження гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги.*

Потрібно запровадити нові механізми забезпечення медичних закладів... ліками та медобладнанням вітчизняного виробництва... Вдосконалення потребує

правова база охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність до... міжнародного права".

Наведені стратегічні пріоритети визначають напрями розвитку галузі в умовах нової політичної та соціально-економічної ситуації.

Здобуття незалежності, демократизація суспільства, перехід до ринкових відносин не тільки створили умови для прогресу, але й породили проблеми перехідного періоду, що вплинули на охорону здоров'я. Деструктивні процеси в економіці, дефіцит бюджету, незадовільна екологічна ситуація, зниження рівня і погіршення якості життя більшості співгромадян – це дійсно ті обставини, що були сильніші за зусилля медиків. І тому не випадково в Україні протягом останніх років поглиблюється депопуляція, погіршується стан здоров'я населення. Рівень захворюваності лише за минулий рік зріс на 3,4%. Поширеність серцево-судинної патології за п'ять останніх років збільшилася на 38%, хвороб системи крові – на 58%.

Страшно повірити, що в Україні щорічно з'являється 160 тис. онкологічних хворих, у тому числі більше 1100 дітей; помирає від раку близько 100 тис. осіб. Хронічний соціальний стрес є провідним чинником психічного нездоров'я нації. Лише 1,2 млн хворих перебуває під наглядом у психіатричних диспансерах. Поширюється епідемія туберкульозу, венеричних захворювань, ВІЛ-інфекції/СНІД.

Важким тягарем на бюджеті країни лежать понад 420 млн грн, що були виплачені хворим за лікарняними листками. І це не враховуючи недоданої продукції та вартості медичної допомоги. Тільки внаслідок смерті у молодому та працездатному віці Україна щорічно втрачає 4 млн років людського життя. Думаю, цих прикладів більше, ніж досить.

Надії на одужання суспільства ми пов'язуємо з обраним на новий строк Президентом і новим Урядом. Адже принципово інша стратегія державного управління та соціально зорієнтована ринкова економіка повинні, врешті, переломити негативну тенденцію у стані здоров'я народу.

Саме на це спрямована і програма дій нового Уряду. Вперше за роки незалежності метою про-

грами є "реформи для добробуту". Пріоритетні завдання Кабінету Міністрів України, визначені програмою, віддзеркалюють такі гуманітарні цілі:

- 1) політична стабільність та посилення дієздатності Уряду;
- 2) висока якість життя людини, соціальна справедливість і гуманітарний розвиток;
- 3) економічне зростання;
- 4) конкурентоспроможність національної економіки.

Вирішення цих важливих загальнолюдських проблем, безумовно, сприятиме покращенню й стану нашої галузі, і здоров'я народу.

Першим підтвердженням державної "терапії" суспільства є позитивна бюджетна політика щодо охорони здоров'я. Відтепер держава знайшла можливість збільшити витрати на охорону здоров'я. А ми, в свою чергу, зобов'язані зробити все від нас залежне для максимально ефективного використання цих державних коштів.

Результати діяльності галузі в минулому році теж дають нам підстави сподіватися на поліпшення динаміки наших справ.

Які ж найважливіші позитивні моменти є в активі охорони здоров'я? По-перше, нам вдалося разом з Президентом України зупинити занепад сільської медицини. По-друге, вперше в історії держави відбувся прямий конструктивний діалог медичних працівників із Президентом. Результатом стала Декларація про підтримку їхньої діяльності та більш дієва соціальна й демографічна політика. В її реалізації є й наш внесок: зниження рівня материнської та малюкової смертності, задовільний рівень санітарного й епідемічного благополуччя. По-третє, і найголовніше, збережена від руйнації система охорони здоров'я та її кадровий потенціал.

Ми навчилися виживати в складних умовах. Але тільки виживати вже замало; охорона здоров'я повинна розвиватись. На це й спрямована розроблена Міністерством Програма розвитку охорони здоров'я на 2000 рік і середньострокову перспективу. Вона увійшла складовою частиною до програми дій Уряду на цей період. Реалізація Програми неможлива без кардинальних змін у нормативній базі діяльності галузі. Запорука успіху в цій справі – тісна взаємодія з Президентом України, Верховною Радою та Кабінетом Міністрів.

Складність ситуації полягає у невідповідності багатьох медичних правових актів України міжнародним вимогам. Це зумовлює потребу інтеграції національного законодавства зі стандартами Ради Європи, визначає напрями нормотворчої діяльності. Із цією метою у 1999 р. прийнято 5 законів України, видано 10 указів Президента, 38 постанов Кабінету Міністрів України, положення яких стосуються охорони здоров'я. Уже в цьому році Верховна Рада прийняла Закони "Про психіатричну допомогу" і "Про захист населення від інфекційних хвороб", які повністю відповідають європейським

стандартам. Ратифікована Угода про примусове лікування психічно хворих.

Готуються до прийняття законопроекти: "Про курорти", "Про гігієнічну експертизу", "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" тощо. Сподіваюсь, що спільна робота Міністерства та парламентського Комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства приведуть до якнайшвидшого прийняття цих законів.

Нагальною потребою сьогодення є також юридичне визначення приватної медичної практики, гарантованої медичної допомоги, послуг у сфері охорони здоров'я. Хочу наголосити, що в останні роки загострилася проблема упорядкування відомчої нормативної бази. На часі перегляд понад 370 застарілих наказів МОЗ України.

Подальшому розвитку охорони здоров'я сприятиме розмежування функцій і прав центральних, регіональних і місцевих органів охорони здоров'я, децентралізація управління галуззю.

Відповідно до Концепції адміністративної реформи закінчена робота з перегляду функцій і реорганізації адміністративного апарату Міністерства. Воно має зосередитися лише на формуванні політики і стратегії в охороні здоров'я, ініціюванні законодавчих передбачень.

МОЗ України переходить на функціональний принцип управління. Для цього сформовані 4 блоки-напрямки, очолювані заступниками Міністра: лікувально-профілактичної допомоги, санітарно-епідеміологічний, фармації та медичної промисловості, новітніх технологій і страхової медицини.

Прогрес у галузі неможливий без кардинальних змін у бюджетному процесі, фінансуванні та впровадженні ринкових відносин в охорону здоров'я. У минулому році на галузь було виділено 4,2 млрд грн, але фактично профінансовано 54% затвердженого державного та 89,2% місцевого бюджетів. При цьому рівень бюджетного забезпечення на 1 жителя в розрізі областей і міст значно відрізнявся. Якщо у Києві він становив 98 грн, Севастополі – 93, то у Чернігівській області – 52, Миколаївській – 55, Тернопільській, Харківській та Хмельницькій областях – у межах 62 грн.

Спільними зусиллями Міністерства та обласних державних адміністрацій вдалося знизити заборгованість по зарплаті медичних працівників із 2 до 0,9 місяця, а в Києві, Севастополі та Львівській області її погасили повністю. Позитивна тенденція по зарплаті спостерігається у більшості областей, але у Івано-Франківській, Чернігівській та Тернопільській областях виплата зарплати ще затримується в окремих районах до 7–9 місяців. До речі, в цих же областях досі не оптимізовано ліжковий фонд. Так, у Чернігівській області утримується 115,2 ліжка на 10 тис. жителів і, відповідно, заборгованість по зарплаті сягає 2,6 місяця, у Тернопільській області – 94,4 ліжка, заборгованість – 4,9 місяця. Інакше кажучи, хто не хоче оптимізувати ліжка і кадри, той має проблеми в житті.

Звертаючись до керівників усіх рівнів, наголошую, одним із завдань Уряду на поточний рік є проведення подальшої оптимізації чисельності працівників і мережі закладів і установ охорони здоров'я відповідно до виділених асигнувань. Це сприятиме ліквідації заборгованості по зарплаті, буде одним із критеріїв оцінки керівника. Зауважу, що саме тут Міністерству треба продуктивніше співпрацювати з галузевою профспілкою.

Незважаючи на економічну скруту минулого року, все-таки вдалося суттєво покращити забезпечення населення інсулінами завдяки тому, що в державному бюджеті для цього вперше було передбачено окремою позицією 4,6 млн грн. Крім того, місцеві бюджети, за нашими пропозиціями, виділили на інсулін ще 27 млн грн.

Вперше було профінансовано придбання кардіостимуляторів, штучних клапанів серця, ендопротезів, лікарських засобів для хворих на туберкульоз, гемофілію та фенілкетонурію. Здійснено видатки в повному обсязі на виконання Національної програми профілактики захворювання на СНІД і наркоманію.

Позитивним є й те, що керівники ряду областей стали серйозніше ставитися до залучення позабюджетних коштів. Так, їх обсяг у Криму, Дніпропетровській, Донецькій, Київській областях та м. Києві перевищив 10 млн грн. Тим часом найменше залучено позабюджетних коштів у таких областях, як Закарпатська, Львівська та Полтавська – всього 1,5 млн грн.

Особливо гостро стоїть проблема використання наявних фінансових ресурсів. Генеральна прокуратура повідомляє про хабарництво, зловживання, розбазарювання, іноді просто розкрадання державних коштів і власності в медичних закладах. Такі факти спостерігалися в Одеській, Хмельницькій, Дніпропетровській, Черкаській, Чернівецькій, Закарпатській областях. Наприклад, у Закарпатській області у 20 із 42 перевірених медичних закладів виявлено незаконних видатків і розтрат матеріальних цінностей на півмільйона гривень. А ми плачемося, що у нас не вистачає коштів.

У лікувальних закладах порушуються вимоги Закону України "Про оренду державного і комунального майна". Зокрема, у Полтавській, Одеській, Херсонській, Вінницькій і Донецькій областях встановлені чисельні факти безплатного надання в оренду приміщень комерційним структурам без будь-якого погодження та документального оформлення.

Відомі також непоодинокі випадки закупівлі лікарських засобів, імпортової техніки без участі тендерних комісій за невиваждано високими цінами, нерідко при наявності більш дешевих аналогів. Так, у Чернігівській, Запорізькій, Дніпропетровській, Сумській областях порушувались умови проведення тендерів на закупівлю лікарських засобів, що призвело до нераціонального використання коштів бюджету.

Тільки за рахунок різниці в цінах імпортованих і вітчизняних аналогів країна втратила минулого року близько 150 млн грн. Та за такі кошти можна в

півтора раза збільшити обсяги лікарських засобів у стаціонарах, переоснастити половину діючих заводів і створити на них умови виробництва, що відповідають міжнародним стандартам.

Набули поширення факти реалізації лікарських засобів за завищеними цінами, особливо у Житомирській, Запорізькій і Тернопільській областях.

Сьогодні Уряд України проводить позитивну бюджетну політику стосовно охорони здоров'я. Лише три галузі, серед яких і охорона здоров'я, мають на поточний рік збільшення бюджетних асигнувань.

Підкреслю дві основні особливості державного бюджету на 2000 рік, які, безперечно, позитивно вплинуть на охорону здоров'я: перша – забезпечення фонду оплати праці та комунальних платежів завдяки прийняттю бездефіцитного бюджету, видатків на охорону здоров'я; друга – залучення на потреби охорони здоров'я благодійницьких внесків юридичних і фізичних осіб (ст. 67 Держбюджету).

Асигнування галузі в цілому збільшені на 10%, або на 388 млн грн, що дорівнює бюджету охорони здоров'я двох таких областей, як Львівська. Обсяг видатків на національні та державні програми збільшено майже втричі. На 22,4 млн грн, або майже в 4 рази зросли асигнування на придбання санітарного транспорту.

Проте можливості держави обмежені. Тому нам слід активно залучати додаткові кошти, створити, нарешті, реальну багатоканальну систему фінансування галузі, законодавчо врегулювати податкові пільги на послуги в охороні здоров'я у разі їх фінансування з позабюджетних джерел.

Значним внеском у фінансування регіональних медичних програм могли б стати відрахування коштів працевдатним населенням, підприємствами та окремими регіонами до суспільних медичних фондів. Йдеться про завдання Уряду щодо розробки нормативної бази до статті 67 Держбюджету про благодійництво.

І, нарешті, медицина вже заждалася законодавчого впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Шановні колеги! Охорона здоров'я має розгалужену мережу лікувально-профілактичних закладів. Ліжковий фонд становить 445 тис. ліжок. За останні 10 років проведена значна робота щодо оптимізації мережі, здійснено перепрофілізацію та скорочення ліжок із 130 на 10 000 населення у 1990 р. до 89,3 у 1999 р., або на 31%. Лише у деяких областях забезпеченість ліжками залишається високою. Так, у Житомирській області вона становить 74,7, у той час як у Чернігівській – 115,2 на 10 000 мешканців. Велике занепокоєння викликає використання цих ліжок. У тій же Житомирській області ліжко працює інтенсивно – хворі перебувають у стаціонарі 12,9 дня, а у Чернігівській – майже на третину довше – 16,6 дня.

Система охорони здоров'я має потужний кадровий потенціал: понад 1,1 млн осіб, у тому числі 202,9 тис. лікарів і 499 тис. середніх медичних працівників. У первинній ланці охорони здоров'я працює лише

27% лікарів від їх загальної кількості. Тому в минулому році особлива увага приділялась забезпеченню кадрами первинної ланки, в першу чергу сільських районів, де частина амбулаторій і дільничних лікарень не мала взагалі лікарів, а показник забезпеченості становив 25,3 лікаря на 10 000 жителів. МОЗ України в 1999 р. направило на роботу до закладів охорони здоров'я сільської місцевості близько 60% випускників вищих медичних навчальних закладів.

Молодим спеціалістам необхідні умови для роботи. Прикладом відсутності уваги місцевих керівників до цієї проблеми є 453 лікарі, які працюють на селі і не забезпечені житлом (у Житомирській області – 73, Херсонській – 66, Львівській – 54).

Шановні колеги! Запорукою збереження здоров'я нації є профілактичний принцип діяльності закладів охорони здоров'я. Особлива роль у цій справі належить санітарно-епідеміологічній службі.

Проте органи і заклади галузі ще не приділяють належної уваги цій ділянці роботи. Тим часом у більшості економічно розвинутих країн світу завдяки широкому впровадженню профілактичних технологій досягнуто помітних позитивних результатів. Наприклад, у Фінляндії лише за рахунок зміни способу життя спромоглися зменшити вдвічі захворюваність на серцево-судинні недуги. Ми не вміємо піклуватися про своє здоров'я. Майже три чверті населення має низьку фізичну підготовленість і половина – надмірну масу тіла. Лише 8% дорослих регулярно займається фізичною культурою. Курить половина чоловіків і кожна п'ята жінка працездатного віку. За останні п'ять років більше ніж у 2 рази збільшилася кількість хворих на наркоманію, а щорічне вживання алкогольних напоїв складає 13 літрів алкоголю на мешканця країни. Прикро, що не всі керівники розуміють роль центрів здоров'я у цій справі і тому недостатньо їх використовують. Наше завдання полягає в тому, щоб, використовуючи всі можливості, засоби інформації у переконанні як громадян, так і державних структур, поліпшити спосіб життя людей.

Відомо, що ми живемо в умовах гострої демографічної кризи. Середня очікувана тривалість життя в Україні нині є меншою, ніж у розвинутих країнах світу, – на 11 років у чоловіків і на 7 – у жінок.

Протягом останніх 10 років відбувається невідпінне падіння рівня народжуваності на тлі високого рівня смертності населення. Деяке зменшення смертності в 1996–1998 рр. змінилося її зростанням у минулому році. Найгірші показники природного приросту населення є в Луганській (-10,6‰), Сумській (-10,3‰) та Донецькій (-9,9‰) областях. Зменшився середній вік настання смерті.

Дуже прикро, що в Україні смертність немовлят залишається вищою в 2 рази, а осіб працездатного віку – в кілька разів, ніж у розвинутих країнах світу. Особливу тривогу викликають самогубства, що становлять п'яту частину смертей від неприродних причин, перш за все як наслідок алкоголізму.

Покращення демографічної ситуації – багатоаспектна проблема, яка повинна бути пріоритет-

ною для керівників усіх рівнів. Суттєвим внеском у охорону здоров'я може бути реалізація Національної програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, міжнародної програми CINDI, програм “Діти України” та “Здоров'я літніх людей” тощо.

Одним із найважливіших розділів діяльності галузі є лікувально-профілактична допомога. Стратегічним напрямом її реформування залишається первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини, перші підсумки впровадження якої свідчать про її високу ефективність. Тільки на Житомирщині у населення, яке проживає на дільниці сімейного лікаря, захворюваність зменшилася в 2,7 рази, а смертність – у 4.

Про користь сімейних амбулаторій свідчить зменшення у Києві в 3 рази направлень до лікарів-спеціалістів, зниження в півтора рази рівня госпіталізації за рахунок денних і домашніх стаціонарів. Частота викликів швидкої допомоги зменшилася на 9%.

Хоча в Україні сьогодні вже працює близько 200 закладів сімейної медицини, практикує всього 269 сімейних лікарів, або 0,25% працюючих у первинній ланці – поліклініках та амбулаторіях. Це дуже мало у порівнянні з забезпеченістю дільничними лікарями-терапевтами та педіатрами, яких у нас близько 25 тис.

Нами розроблений проект Державної програми “Сімейна медицина”, який готується до подання Уряду. Вкрай необхідним є також внесення змін і доповнень до Основ законодавства про охорону здоров'я, прийнятих ще в 1992 р., де слід передбачити також вирішення проблем сімейних лікарів.

Ще одним пріоритетом нашої роботи в минулому році була сільська медицина. Суттєвим поштовхом до її покращення став Указ Президента України “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я в сільській місцевості”. На виконання цього Указу протягом 1999 р. здійснено низку організаційних заходів щодо оптимізації мережі цих закладів, покращене матеріально-технічне забезпечення, направлено на роботу 2 тис. лікарів та 2,5 тис. середніх медичних працівників, не тільки не допущено скорочення сільських закладів охорони здоров'я, а й збільшено їх кількість. Так, на селі відкрито 69 лікарських амбулаторій, із яких 13 – у Житомирській, 11 – у Хмельницькій, 10 – у Рівненській областях. Майже на третину зменшився дефіцит кадрів. Тільки за рік придбано 185 транспортних одиниць, телефонізовано 327 сільських закладів, відновлено телефонний зв'язок у 391 закладі. Цю важливу державну справу МОЗ України й надалі буде контролювати і очолювати.

Проте ще й досі залишається багато невирішених проблем. Це і розукрупнення сільських лікарських дільниць, і вдосконалення системи надання швидкої та невідкладної допомоги, і підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я. За нашими розрахунками, треба ще відкрити близько 400 лікарських амбулаторій у населених пунктах з чисельністю понад 1000 жителів. Думаю, настав час створити у кожній області регі-

ональні програми розвитку сільської мережі закладів охорони здоров'я і вдосконалення її матеріальної бази, по-новому оцінити потреби села і можливості галузі на 5–7 років уперед.

Сьогодні, як ніколи, великого значення набуває створення системи забезпечення контролю якості медичної допомоги, що надаватиметься в закладах охорони здоров'я різних форм власності. Необхідно впровадити стандарти медичних технологій і якості допомоги, вдосконалити систему ліцензування та акредитації закладів, сертифікації та атестації лікарів. У минулому році ми почали велику роботу з акредитації. Вважаю, що для її поліпшення варто створити органи незалежної експертизи із залученням до цієї роботи громадських організацій.

Шановні колеги! Ринкові відносини у галузі передбачають створення умов для розвитку підприємництва та справедливої конкуренції серед закладів охорони здоров'я різних форм власності.

Однією з прогресивних форм реорганізації охорони здоров'я є контрактна модель. Вона передбачає конкуренцію серед закладів охорони здоров'я щодо замовника медичних послуг. Проте конкуренція не розглядається як механізм, що забезпечить добробут одних закладів і призведе до руйнування інших. Мова йтиме про виникнення зовсім нового для нас середовища, в якому передбачається радикальна зміна системи відносин і управління.

Вже сьогодні в державі працює майже 2 тис. (понад 12%) закладів охорони здоров'я недержавної форми власності. Звичайно, це ще не ті заклади, що на рівних можуть конкурувати з державними, але перші міцні кроки альтернативної медицини, які свідчать про її перспективу.

Тільки за минулий рік Міністерством охорони здоров'я видано близько 3300 ліцензій на підприємницьку діяльність. Надалі ми будемо працювати над спрощенням процедури їх отримання та стимулюванням розвитку недержавного сектора медицини, що дасть нові робочі місця, візьме на себе частину медичних послуг, розвантажить бюджет.

Будемо зважати на те, що співпраця об'єднає заклади охорони здоров'я не тільки різного підпорядкування, а й різних форм власності. Тоді з'являться всі умови для втілення принципів єдиного медичного простору. Прикладами такої співпраці є робота медиків Києва, Львівської області.

У майбутньому слід трансформувати лікувально-профілактичні заклади в некомерційні, неприбуткові. Вони забезпечать виконання на умовах контракту з органами охорони здоров'я як суспільного замовлення, так і надання додаткових медичних послуг. Принаймні, це передбачено програмою "Перспектива – 2010" громадської ініціативи медиків "Пульс України", яка була підтримана у минулому році рішенням Першого всеукраїнського з'їзду медичних працівників.

Якість і своєчасність надання медичної допомоги у великій мірі залежать від стану медичної техніки. Через неспроможність її придбання ситуація у

зкладах охорони здоров'я залишається незадовільною і критичною. Наприклад, 80% рентгенівських апаратів є морально та фізично застарілими. Тим часом незначні кошти, що виділяються на закупівлю медичного обладнання, використовуються нераціонально. Не проводиться достатній аналіз першочерговості закупівель, немає маркетингу та тендерів, внаслідок чого купують дороге імпортне обладнання при наявності якісних вітчизняних аналогів.

Хочу запевнити всіх присутніх, що з такою практикою ми будемо рішуче боротись. Підготовлено проект Постанови Кабінету Міністрів України "Про порядок закупівлі медичного обладнання закладами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету", яким передбачається пріоритетність придбання медичного обладнання вітчизняного виробництва.

Однією з найболючіших проблем є забезпечення населення України лікарськими засобами, про що свідчить майже 40% скарг, пов'язаних із цією проблемою.

Міністерство багато працює в цьому напрямку, і тут є певні позитивні зрушення. Україна першою з країн СНД та Балтії вирішила одну із найгостріших проблем – забезпечення хворих на цукровий діабет інсулінами короткої та пролонгованої дії. Зараз виготовляється 7 видів інсуліну, що стало можливим завдяки безпосередній підтримці Президента України та Уряду.

Тільки за 1999 р. прийнято низку законодавчих актів і постанов, спрямованих на створення сприятливих умов для розширення вітчизняного виробництва традиційних і недорогих лікарських засобів. Особливе значення мають прийняті закони про стимулювання експорту вітчизняних ліків та про порядок обігу в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів. Затверджено комплексну програму розвитку медичної промисловості до 2003 р.

На жаль, зазначені позитивні зрушення не поліпшили справи в цілому. Залишається соціально гострою ситуація з пільговим забезпеченням лікарськими засобами близько 18 млн громадян. Потреба в коштах на їх придбання становить 2,8 млрд грн. Тим часом загальна заборгованість лікувальних закладів аптечній мережі за відпущені лікарські засоби становить понад 35 млн грн, у тому числі в сільській місцевості – більше 11 млн. Правда, частково знижують соціальну гостроту цієї проблеми відкриті в усіх областях окремі відділи та 19 аптек із забезпечення ветеранів та інвалідів війни лікарськими засобами за зниженими цінами, але цього замало.

Реалії сучасного життя такі, що пільгові рецепти фінансуються в межах 20–25%, а це означає, що хворі отримують у кращому випадку лише четверту частину необхідного лікування.

Позитивний досвід з організації забезпечення пільгових категорій населення у нас є. Так, Київська міська державна адміністрація затвердила порядок безоплатного та пільгового відпускання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного

лікування. На сьогодні це забезпечує раціональне використання бюджетних коштів, а також створює умови для якісного забезпечення хворих ліками.

Ще одна проблема. Як відомо, забезпечення населення наркотичними, психотропними лікарськими засобами і прекурсорами покладається на аптечні заклади лише комунальної власності. Проте у Вінницькій, Київській, Рівненській, Одеській, Донецькій областях і Севастополі аптечна мережа, практично, приватизована, і тому постачання цих засобів потребує негайного вирішення. Дійшло до абсурду: сільські жителі цих областей вимушені приїздити до обласних центрів, щоб придбати ці лікарські засоби. Шановні керівники обласних управлінь, це – неприпустимо!

Ще більш складна ситуація склалась із забезпеченням лікарськими засобами стаціонарів. Основна причина цього – недостатнє фінансування: обсяги видатків на придбання лікарських засобів та перев'язувальних матеріалів становлять усього 25,1 млн грн, або лише 37,3% від плану.

Шановні колеги! Після аналізу основних процесів, які відбуваються сьогодні в охороні здоров'я, дозвольте зупинитися на підготовці медичних кадрів. Медична освіта – та галузь, яку ми вже практично реформували. Наші ініціативи знаходять повну підтримку в Адміністрації Президента та Уряді. Так, у 1999 р. отримала статус національного закладу Українська фармакадемія, а Харківський інститут удосконалення лікарів перетворений в академію післядипломної освіти. Усі 18 медичних університетів та академій пройшли повну державну акредитацію за найвищим рівнем.

Відповідно до економічної ситуації вдвічі зменшився державний набір до вищих медичних навчальних закладів, і нині він становить менше 4 тис. майбутніх лікарів. Але для компенсації потреб держави та недержавних структур у фахівцях введено контрактний прийом, за умовами якого навчаються зараз 36% студентів. Тут важливо підкреслити, що для підготовки фахівців для держави залучені дуже великі недержавні інвестиції – понад 130 млн грн. Проте хоча можливості розширення контрактного навчання ще не вичерпані, але вважаємо за доцільне обмежити з цього року контрактний прийом 40% набору.

Дієвим заходом стане також зосередження підготовки медичних кадрів лише в системі МОЗ України. Адже щорічно невідомо, для яких потреб на чотири лікувальні факультети Міносвіти приймається 400–500 осіб, котрих потім потрібно готувати в інтернатурі і, нарешті, з великими труднощами працевлаштовувати в системі МОЗ.

Одним із основних напрямів діяльності вищих навчальних закладів була реалізація стратегії інтеграції України до Європейського Союзу. З цією метою впроваджено систему інтегрованих державних ліцензійних іспитів з незалежною оцінкою знань медиків за державними стандартами. Змінено підготовку медичних сестер, які нині готуються за ступеневою системою – молодший спеціаліст і бакалавр, а у перспективі – магістр.

Вважаю за доцільне зупинитися на деяких результатах наукової діяльності. Найбільш вагомими науковими досягненнями є створення нових технологій діагностики, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань, онкологічної патології, травм та ортопедичних захворювань, комплексної фармакотерапії вірусних гепатитів, реконструктивних операцій травного каналу та ін. Впроваджений моніторинг здоров'я дітей і підлітків.

На жаль, останнім часом значно загострилася проблема бюджетного фінансування наукових досліджень. Але вже з цього року бюджетом передбачене 100-відсоткове фінансування заробітної плати науковців. Тим часом в НДІ є багато інших витрат на науку. Один із досить ефективних шляхів вирішення цієї проблеми – більш тісна співпраця з іноземними партнерами, отримання грантів. Зауважу, що позитивні зрушення вже є в Українському гігієнічному центрі, Одеському НДІ медичної реабілітації та курортології та деяких інших установах.

Надзвичайно важливе значення має тісна співпраця МОЗ України з Академією медичних наук України. Ця взаємодія здійснюється за трьома основними напрямками: наукова діяльність, лікувально-профілактична допомога та нормотворча робота.

Про обсяг високоспеціалізованої клінічної роботи інститутів АМН України свідчать такі показники: надана медична допомога 388 тис. хворих, із них – 73 тис. у стаціонарах; зроблено 34 тис. операцій; активно функціонує на базі АМН 20 клінічних науково-практичних центрів. Нарешті, в установах АМН працюють 23 головні спеціалісти МОЗ. Це дуже суттєвий внесок у надання медичної допомоги громадянам України.

У 1999 р. значно посилилася нормотворча діяльність АМН. Разом із МОЗ України внесено до Верховної Ради та Уряду 24 проекти з організації медичної допомоги.

У плані наукової співпраці з Академією медичних наук активно виконувалися державні програми, такі як "Здоров'я літніх людей", "Діти України", "Планування сім'ї", "Цукровий діабет", з проблем туберкульозу, СНІД, медичних наслідків аварії на ЧАЕС тощо. Посилилася робота спільних проблемних комісій при МОЗ та АМН України з пріоритетних напрямів медичної науки.

Складність вирішення усіх завдань, що стоять сьогодні перед галуззю, зумовлює необхідність активного залучення потенціалу регіонів і до нормотворчого процесу, і до організаційних експериментів. Але для цього потрібна не лише децентралізація управління, а й активна позиція медичних працівників.

МОЗ зараз впроваджує нову політику співпраці з регіонами. Ми вперше запросили й уважно вивчили Ваші пропозиції до проекту рішення колегії, запропонували Вам дати пропозиції щодо вирішення низки стратегічних проблем з охорони здоров'я у 2000 році та на перспективу. Ми й надалі будемо доручати регіонам відпрацьовувати на місцях най-

гостріші питання для подальшого впровадження результатів апробації на рівні держави.

Уже є приклади реальної співпраці з регіонами. Для поліпшення регіональної і міжгалузевої взаємодії підготовлено проект постанови Кабінету Міністрів України, яким передбачено створення Центральної координаційної ради при Міністерстві з питань формування єдиного медичного простору, що дозволить уникнути дублювання, сконцентрувати матеріально-технічні ресурси, особливо на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Під час формування єдиного медичного простору належить не тільки залучати галузеву і недержавну медицину, але й розширювати функції місцевих органів охорони здоров'я.

Зараз у регіонах працює понад 300 лікувальних закладів, підпорядкованих МОЗ України. Частина з них варто було б передати на місцеві бюджети. Це, безумовно, підвищить якість їхньої роботи, зменшить навантаження на державний бюджет.

Шановні колеги! Українська медицина, як і вся держава, прямує до світової спільноти. Ми – повноправні партнери багатьох міжнародних програм. У 1999 р. реалізований проект фінансової допомоги Швейцарської конфедерації "Охорона здоров'я матерів і дітей". Завдяки цьому родопомічні та дитячі заклади у Рівненській, Волинській, Донецькій, Івано-Франківській областях та Києві одержали сучасне реанімаційне обладнання для неонатологічної служби.

У межах співробітництва з Баварією працює Український медичний центр реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи, на функціонування якого виділено 2 млн німецьких марок.

На базі Інституту фтизіатрії та пульмонології АМН України відкрита єдина на терені СНД Національна референс-лабораторія. Її найсучасніше обладнання придбане німецькою стороною за 255 тис. марок.

Відповідно до міжурядової угоди із США реалізується програма досліджень раку щитовидної залози та гемобластозів серед осіб, постраждалих від Чорнобильської катастрофи.

Продовжувалась безкоштовна медична допомога Куби дітям з Чорнобильської зони. За 10 років там вже проліковано 18 100 дітей.

Всього за рахунок гуманітарної допомоги до охорони здоров'я залучено 91,7 млн грн, з них на лікарські засоби – 53 млн, обладнання – 15 млн.

Грудне вигодовування, рак молочної залози, перинатальний шлях передачі ВІЛ, застосування йодованої солі, контроль за інфекціями (ліквідація поліомієліту, вакцинація проти кору) були предметом співпраці з міжнародними організаціями (ВООЗ, ЮНІСЕФ, Фондом народонаселення, ПРООН, ООН/СНІД, USAID, FDA, ЦКЗ США та ін.).

І, на кінець, кілька слів про виконавчу дисципліну Міністерства.

Незважаючи на те, що за останні роки внаслідок скорочень зменшувалася чисельність

апарату Міністерства, навантаження з року в рік збільшувалось.

Якщо проаналізувати динаміку надходження в МОЗ контрольних доручень за попередні роки, то спостерігається їх щорічне зростання. Тільки у 1999 р. до Міністерства надійшло 5133 контрольних доручень (зростання на 28% порівняно з минулим роком), 2067 звертань і запитів народних депутатів (зростання на 38%), 24 169 звертань громадян (зростання у 2,2 раза). Втішно те, що показник виконання контрольних доручень поліпшився у 2,5 раза. Але навіть таке суттєве поліпшення не дуже помітне на тлі інших міністерств і відомств. Показники щодо вчасного виконання документів, передбачених дорученнями Президента України, Кабінету Міністрів України, гірші від середньостатистичних контрольної служби Уряду.

Хоч є багато в цьому об'єктивного, але не менше й суб'єктивізму, що спонукає до ще більшої самоорганізації, підвищення відповідальності, глибшого професійного підходу до виконання тих завдань, які ставить держава перед охороною здоров'я.

Шановні колеги! Вважаю, що відроджувати, розвивати і збагачувати традиції вітчизняної охорони здоров'я можливо і потрібно. Цей процес повинен відбуватися на всіх етапах – від фельдшерсько-акушерського пункту до потужної клініки. Тільки так ми можемо розраховувати на успіх заради збереження здоров'я українського народу.

Зроблено багато, але попереду нові складні й відповідальні завдання. Дозвольте виділити найголовніші:

Перше завдання. З огляду на новий політичний курс держави необхідно узагальнити всі програмні реформаторські розробки і затвердити єдину дієву Програму розвитку української охорони здоров'я на перспективу, врахувавши пропозиції й досвід регіонів. Підняти роль регіонів у реформуванні системи на якісно новий рівень.

Друге завдання. Створити реальні умови для багатоканального фінансування галузі і максимального залучення позабюджетних коштів із усіх можливих джерел. Для цього слід сприяти благодійницькій діяльності, розвитку і підтримці приватного сектора, запровадженню загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Третє завдання. Інтегрувати нормативну базу й діяльність вітчизняної охорони здоров'я, медичної освіти та науки з нормами Європейського Союзу, міжнародними стандартами та рекомендаціями ВООЗ.

Четверте завдання. Переламати на краще демографічну ситуацію в Україні, суттєво посилити зусилля з формування здорового способу життя людей.

П'яте завдання. Створити в державі та регіонах єдиний медичний простір, на принципово нових засадах реалізувати ефективну міжгалузеву взаємодію в охороні здоров'я.

Шосте завдання. Здійснити перехід на нові технології управління та медичної діяльності, прискорити реорганізацію первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Сьоме завдання. Дотримуватися жорсткої фінансової дисципліни, спрямованої на раціональне та ефективно використання всіх бюджетних коштів.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ ЗА 1999 ГОД: ЗАДАЧИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ, ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ДОКЛАД НА ИТОГОВОЙ КОЛЛЕГИИ МЗ УКРАИНЫ 24.03.2000 Г.)

В.Ф.Москаленко (Киев)

Представлены итоги деятельности системы здравоохранения Украины в 1999 г., пути развития и реорганизации ее в будущем, стратегические приоритеты действий законодательной власти и Правительства по здравоохранению в новых политических и социально-экономических условиях. Дана характеристика наиболее важных положительных моментов актива здравоохранения, дальнейшей оптимизации численности работников и сети учреждений здравоохранения, обеспечения населения лекарственными средствами и медицинскими изделиями как импортного, так и отечественного производства, лечебно-профилактической помощью, состояния сельской медицины, развития предпринимательства и здоровой конкуренции среди учреждений здравоохранения различных форм собственности. Освещено состояние подготовки медицинских кадров, медицинского образования, научной деятельности, ее функционирования и др.

PHS ACTIVITY IN UKRAINE IN 1999 YEAR: OBJECTIVES OF FURTHER DEVELOPMENT, FUNCTIONING AND IMPROVEMENT OF PUBLIC HEALTH (REPORT IN CONCLUDING BOARD SESSION OF THE HEALTH MINISTRY OF UKRAINE, 24 MARCH, 2000 Y.)

V. F. Moskalenko (Kyiv)

The total report of the PHS activity in Ukraine for 1999 year has been presented. Under consideration are questions of PHS' reformation and its strategic priorities in state authorities and legal institutions. The main positive moments of public health such as optimizing the number of medical facilities and their staff, providing the population with remedies and medical products of import and domestic origin, preventive health care, problems of rural medicine, development of business and market economy in public health facilities were revealed. The training of medical personnel, the general medical education, the scientific projects and activities, etc., have been analysed as well.

УДК 616-082:312.6

А.П.КАРТИШ (Київ)

ДО ПИТАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ЯКІ ФОРМУЮТЬ РІВЕНЬ І СТРУКТУРУ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ (ДОПОВІДЬ НА ПІДСУМКОВІЙ КОЛЕГІЇ МОЗ УКРАЇНИ 24.03.2000 Р.)

Міністерство охорони здоров'я України

Злоякісні новоутворення є однією з найважливіших медико-біологічних і соціально-економічних проблем України. Рак – причина 13,6% усіх смертельних випадків, що були зареєстровані у минулому (1999) році; посідає друге місце у структурі причин смерті.

35% померлих від раку – це особи працездатного віку. Злоякісні новоутворення зумовлюють майже чверть усіх випадків інвалідності населення України.

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні характеризується безперервним зростанням рівня он-

кологічної захворюваності населення. Про масштаби явища свідчить те, що щодня в Україні реєструється 433 нових випадків раку. Ризик захворіти на рак збільшується у зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією, зокрема радіаційним забрудненням, значним постарінням населення.

Рівень активного виявлення пухлин під час профілактичних оглядів надзвичайно низький і становив в Україні в 1999 р. 16,5%, тоді як у Чернігівській області – утричі, а у Київській – удвічі нижчий. Низька ефективність профілактичних оглядів значною мірою зумовлена відсутністю відповідних скринінгових програм, недостатньою розробкою методів діагностичного обстеження, відсутністю або низькою якістю діагностичної апаратури.

Аналіз причин низького рівня діагностики злоякісних новоутворень свідчить, що він залежить не тільки і не стільки від низької насиченості амбулаторно-поліклінічних закладів діагностичною апаратурою.

З практики зарубіжних дослідників відомо, що близько 85% злоякісних новоутворень легкодоступні для обстеження шляхом огляду, пальпації та інших простих діагностичних прийомів, і лише 15% не можуть бути розпізнані своєчасно через прихований перебіг хвороби.

Не виправдовує себе система профоглядів, при якій навіть легкодоступні для діагностики локалізації пухлин губ, шкіри, порожнини рота, молочної залози, шийки матки виявляються лише у 12–36% випадків.

Досить важко знайти пояснення низькому рівню виявлення раку губ, який в Україні становить 38%, а в Луганській області майже в 5 разів нижче, в Чернігівській – у 4, Київській – у 3 рази. При дуже низькому середньоукраїнському рівні виявлення на профоглядах раку порожнини рота в Івано-Франківській, Дніпропетровській, Рівненській, Луганській і Волинській областях він у 2–3 рази нижчий.

Рак молочної залози в Україні займає перше місце серед злоякісних пухлин у жінок, і спостерігається подальше зростання цієї патології. Протягом року діагноз раку молочної залози встановлюють у 14 тис. жінок. Щогодини помирає одна жінка від цього захворювання. 14% жінок помирають, не проживши й року з моменту встановлення діагнозу.

Рівень активного виявлення раку молочної залози в Україні не перевищує 30%. У Чернігівській області він становив лише 11,8%, Волинській – 17,1, м.Севастополі – 14,4%. Для вирішення проблеми організації масового обстеження жінок необхідно створити мамологічні центри, оснащені адекватними і відносно дешевими вітчизняними мамографами. Як до пріоритетної повинні поставитись у Рівненській, Волинській, Сумській, Він-

ницькій і Житомирській областях до проблеми створення мамологічних центрів, де їх сьогодні ще немає.

Рак шийки матки залишається однією з найпоширеніших локалізацій злоякісних пухлин і займає п'яте місце у структурі онкологічної захворюваності жіночого населення. Сьогодні є всі передумови для його активного виявлення; працює достатня кількість лікарів-акушерів-гінекологів, досить розвинена мережа оглядових кабінетів, централізованих цитологічних лабораторій. Але відсутні відповідальність і контроль; лише 39,2% хворих на злоякісні новоутворення шийки матки виявлено під час профоглядів, а в Чернігівській, Черкаській, Запорізькій областях і м. Севастополі – в 1,5–2 рази менше.

Аналіз стану лікування та профілактики раку свідчить, що до останнього часу загальнолікарняна мережа практично не несе відповідальності за своєчасне виявлення злоякісних новоутворень. Це є однією з основних причин того, що кожного 3–4-го хворого виявляють у занедбаному стані, коли надати дієву медичну допомогу неможливо, у зв'язку з чим 38,2% хворих помирає, не проживши й року. В Луганській, Миколаївській, Чернігівській областях цей показник сягає майже 50%.

Не використовуються можливості протиракових комісій, які повинні стати центром організації протиракової боротьби в регіонах шляхом об'єднання зусиль спеціалістів усіх профілів.

Сьогодні слід чітко усвідомлювати, що стан онкологічної допомоги населенню є тим дзеркалом, яке повністю відображує роботу всіх галузей охорони здоров'я, перш за все діагностичної ланки, у зв'язку з чим рівень діагностики раку в закладах охорони здоров'я будь-якого регіону повинен бути одним із основних критеріїв оцінки їх діяльності.

Травми та ортопедичні захворювання є провідними чинниками, що впливають на показники здоров'я населення. У загальній структурі інвалідності стійка втрата працездатності від травм та ортопедичних захворювань посідає 2–3-є місце серед осіб молодого та середнього віку.

У 1999 р. внаслідок виробничого травматизму загинуло 1388 чоловік, а в побуті (невиробничий травматизм) тільки за 9 місяців смертельно травмовано понад 51 тис. осіб. Незважаючи на те, що рівень травматизму в 1999 р. дещо знизився порівняно з минулими роками, інвалідність залишається високою, а рівень первинної інвалідності серед осіб працездатного віку і кількість інвалідів І групи навіть збільшилися. Безумовно, певною мірою зростання інтенсивних показників первинної інвалідності від травм зумовлено тяжкістю уражень. Одним із основних чинників, що впливають на інвалідність, є рівень кваліфікації фахівців, які надають медичну допомогу.

Аналіз причин, що призвели до інвалідності хворих через незрощення переломів і псевдоартрози, які звернулися до Українського НДІ травматології та ортопедії, показав: у 68% пацієнтів інвалідність була зумовлена помилками в лікуванні на різних його етапах; дефекти виконання оперативних втручань становлять у середньому близько 37%; внаслідок порушення елементарної техніки проведення остеосинтезу, використання травматичних хірургічних доступів і грубих маніпуляцій у 12% хворих виник післятравматичний остомієліт, який є результатом порушення правил первинної хірургічної обробки ран, недотримання принципів асептики й антисептики.

Серйозні недоліки в роботі ортопедів-травматологів не можна виправдати лише обмеженістю фінансування, недостатньою кількістю сучасної медичної апаратури та хірургічного інструментарію. Більшість ускладнень, що зумовлюють зростання інвалідності, виникають внаслідок невиконання загальноприйнятих правил лікування та низької кваліфікації лікарів. Незадовільно використовуються спеціалізовані центри, науково-дослідні інститути. Хоча є серйозні недоліки у наданні ортопедотравматологічної допомоги в багатьох регіонах України, 76,6% лікарів цієї професії присвоєна вища та перша атестаційні категорії. Керівникам обласних управлінь охорони здоров'я, членам центральної атестаційної комісії Міністерства необхідно внести принципові корективи у систему проведення атестації.

Аналіз звертань за медичною допомогою з приводу сколіозу у дітей вказує на фактичну відсутність на місцях належного лікування з приводу порушення постави та сколіотичної деформації хребтового стовпа на ранніх стадіях, коли ще можна обійтися без оперативного втручання. Про це свідчить зростання рівня поширеності сколіозу паралельно з практично стабільним рівнем виявлення порушень постави протягом навчання дітей у школі. Так, на початку навчання виявляється 10 випадків сколіозу на 1000 оглянутих дітей, і 40 – порушень постави, а в 15-річному віці сколіозу вже вдвічі більше на тлі практично стабільної кількості порушень постави, що вказує на неефективну диспансеризацію та відсутність лікування. Як наслідок, хворих направляють у спеціалізовані центри, коли вже розвинулася тяжка інвалідизуюча деформація хребтового стовпа III-IV ступенів.

Профілактика сколіозу не потребує ні додаткових коштів, ні додаткових фахівців, а лише відповідності рівня знань спеціаліста посаді, яку він обіймає, та виконання кожним своїх функцій.

Питання охорони здоров'я дітей і жінок репродуктивного віку є пріоритетними в діяльності органів і закладів охорони здоров'я.

Більшість керівників управлінь охорони здоров'я обласних і міських держадміністрацій дотри-

муються цих принципів під час розробки та реалізації регіональної політики збереження здоров'я. Перш за все це стосується таких областей, як Вінницька, Черкаська, Полтавська, де протягом 90-х років склалася вірогідна тенденція до зниження рівня смертності дітей першого року життя, який у 1999 р. становив 10–11%.

Відомо, що чинники, які формують рівень втрат немовлят, практично не змінилися. Тому позитивні тенденції у зменшенні їхньої смертності слід оцінювати як результат упровадження нових медичних та організаційних технологій.

У минулому році зменшилися частота і питома вага більшості класів хвороб і нозологій, що зумовлюють структуру причин смертності немовлят. Відбувся ріст частоти нещасних випадків, травм і отруень, що свідчить про набуття проблемами смерті немовлят соціального характеру. Це робить нагальною розробку необхідних нормативних документів і впровадження соціальної педіатрії. Дана проблема має також міжсекторальний характер.

Однак і в цій ситуації є великі резерви для збереження життя немовлят. Адже щорічно помирає майже 400 дітей від хвороб органів дихання та близько 300 – від інфекційних і паразитарних хвороб. При належній організації медичної допомоги діти не повинні померати від зазначених хвороб.

Проте рівень смертності немовлят від хвороб органів дихання у Рівненській та Одеській областях протягом останніх п'яти років залишається в 2 рази вищим, ніж у цілому по Україні.

Що ж потрібно, щоб своєчасно поставити діагноз цієї патології? Нічого крім якісного патронажу, своєчасної діагностики, а в разі необхідності – госпіталізації та адекватного лікування.

Неприпустимою слід вважати смерть дітей раннього віку від інфекційних і паразитарних хвороб. Однак у 1999 р. рівень смертності дітей першого року життя з цих причин у Донецькій, Кіровоградській і Львівській областях був вищий, ніж загалом по Україні, особливо від кишкових інфекцій.

Резервом збереження здоров'я і життя немовлят, зменшення їх смертності від кишкових інфекцій, на нашу думку, є організація раціонального харчування і підтримка грудного вигодовування. Але сподіватися на покращення ситуації у вказаних областях не доводиться, оскільки у віці 6 місяців вигодовуються груддю лише 25–30% дітей. Це ще один приклад того, коли для отримання позитивних кінцевих результатів не потрібна унікальна апаратура чи дороговартісні медичні технології.

Заслужують на увагу і питання, пов'язані з використанням спеціальної діагностичної та лікувальної медичної апаратури. Посилаючись на структуру смертності немовлят, слід зазначити, що кожна третя дитина, яка померла на першому році життя, померла внаслідок вроджених аномалій, а у вось-

ми областях вони стали першопричиною смерті дітей. Це були аномалії, несумісні з життям, або їх хірургічна корекція була несвоєчасною. Якщо в 1995–1996 рр. це можна було пояснити об'єктивними причинами, зокрема дефіцитом ультразвукової апаратури, то сьогодні в Україні функціонує понад 1100 кабінетів функціональної діагностики, на оснащенні яких є 2150 апаратів ультразвукової діагностики і де працює понад 2000 лікарів.

Проте, незважаючи на це, дворазовим ультразвуковим скринінгом охоплено трохи більше 80% вагітних, а в Херсонській і Кіровоградській областях і того менше. У випадках перинатальної смертності дворазове ультразвукове обстеження пройшло лише 32% вагітних. Тому не випадково, що діти народжуються з аненцефалією, спинномозковою грижею (« 300 дітей щорічно). Лише відсутність належного контролю з боку керівників органів охорони здоров'я можна пояснити такий стан справ.

Неприпустимо, що поза увагою керівників закладів охорони здоров'я залишається медичне забезпечення дітей-сиріт. Належну увагу слід приділяти дітям, які перебувають у Будинках дитини. Сьогодні в Україні їх функціонує 44, де виховується понад 5 тис. дітей. Забезпечення повноцінних умов перебування, харчування, медичної допомоги, дотримання законодавства з усиновлення повністю належать до компетенції місцевих органів охорони здоров'я. Але не у всіх регіонах України з відповідальністю ставляться до обов'язків, покладених на них, що призводить до непоправних наслідків.

Зусиллями акушерсько-гінекологічної служби та інших інтегрованих з нею служб вдалося не допустити збільшення материнських втрат в Україні. Починаючи з 1996 р., рівень материнської смертності набув тенденції до зниження і досяг у 1999 р., за попередніми даними, 26,3 на 100 000 живонароджених.

Протягом 1996–1999 рр. найменші показники материнської смертності реєструвалися у Волинській, Вінницькій, Тернопільській, Івано-Франківській областях, що є наслідком чіткої роботи служб планування сім'ї, належного наступництва в диспансеризації жінок репродуктивного віку з екстрагенітальною патологією та етапності госпітальної допомоги.

Ігнорування класичних канонів організації рододопомоги та нових організаційних технологій, запропонованих МОЗ України за останні роки, призвело до небажаних наслідків у Херсонській області, де в 1999 р. було 9 випадків материнської смертності, і її рівень становив – 86,7 на 100 000 живонароджених, тобто був майже в 4 рази вищий, ніж в Україні, і продовжує бути таким 4 роки підряд. Невиправдано високий цей показник також у Черкаській області (44,5) та в Автономній Республіці Крим (39,8).

Отже, розуміючи пріоритетність питань збереження здоров'я дітей і жінок репродуктивного віку, сподіваємося у подальшому на отримання значно кращих кінцевих результатів за умови спрямування зусиль на:

- збереження здоров'я здорової дитини шляхом активізації роботи кабінетів здорової дитини, підтримки грудного вигодовування, імунопрофілактики тощо;
- чітке дотримання стандартів надання медичної допомоги;
- подальший розвиток тих видів спеціалізованої допомоги (неонатології, дитячої неврології, медичної генетики, імунології, трансплантології), які формують рівень і структуру основних показників здоров'я дітей;
- виконання національних, державних регіональних програм.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ФОРМИРУЮЩИХ УРОВЕНЬ И СТРУКТУРУ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ (ДОКЛАД НА ИТОГОВОЙ КОЛЛЕГИИ МЗ УКРАИНЫ 24.03.2000 Г.)

А.П.Картыш (Киев)

Освещены некоторые аспекты, влияющие на качество оказания медицинской помощи населению Украины, особенно при заболеваниях, формирующих параметры основных показателей здоровья. Определены резервы для улучшения качества медицинской помощи, не требующие дополнительных финансовых, кадровых и материальных ресурсов.

ON THE HEALTH CARE QUALITY PROVISION BY THE DISEASES FORMING THE STRUCTURE OF MAIN PUBLIC HEALTH INDICATORS IN UKRAINE (REPORT IN CONCLUDING BOARD SESSION OF THE HEALTH MINISTRY OF UKRAINE, 24 MARCH, 2000 Y.)

A.P.Kartish (Kyiv)

Some aspects facing the health care quality rendering to the Ukrainian population have been shown, especially for diseases forming parameters of main health indicators. The reserves to improve the health care quality without allocating extra financial, human and material resources have been identified.

*В.Ф. МОСКАЛЕНКО (Київ)***ПРОГРАМА ДІЯЛЬНОСТІ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ:
ЗАВДАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МЕЖІ СТОЛІТЬ**

Міністерство охорони здоров'я України

Сучасний стан соціальної сфери держави оцінюється як незадовільний, що, як відомо, залежить від багатьох чинників, у тому числі ступеня уваги суспільства. Розробка нової соціальної стратегії, зумовленої реалізацією сучасної концепції ринкової економіки, потребує оцінки соціальної сфери, виявлення причин кризової ситуації в ній, формує шляхи виходу із важкого стану. При цьому соціальна стратегія стимулює не тільки розвиток виробництва, а і його реформування.

Таке поєднання особливо важливе в охороні здоров'я, яка є не тільки споживчою, але й виробничою сферою економіки. Продуктом її є людський капітал – потенціал будь-якої виробничої та духовної діяльності.

На сучасному етапі стоїть завдання встановлення рівноваги між соціальною сферою та економікою в цілому. Тому вкрай важливою є система державного регулювання, що охоплює досить широке коло як економічних, так і соціальних питань, у тому числі й охорону здоров'я.

Система соціального регулювання є складовою частиною державного контролю, що забезпечує здійснення комплексу заходів у таких сферах, як освіта, охорона здоров'я, пенсійне забезпечення, охорона довкілля, атомна енергетика, стандарти безпеки обладнання, направлені на досягнення громадянами країни певного рівня життя в широкому розумінні.

Отже, регулювання соціальної сфери, яка займає значне місце в діяльності урядів провідних країн з ринковою економікою, підтверджує ту обставину, що сучасна економіка невід'ємно пов'язана з системою соціального державного управління та контролю.

Ситуація в охороні здоров'я України залишається вкрай складною. Спостерігаються несприятливі тенденції основних показників здоров'я населення; знижується народжуваність при досить високому рівні смертності, основні причини якої досить відомі. Хвилює проблема смертності дітей першого року життя, рівень якої у 16 адміністративних територіях вищий за середньодержавний. Середня очікувана тривалість життя менша, ніж у

розвинутих країнах світу, – на 11 років у чоловіків і на 7 – у жінок. Продовжує залишатися високим рівень захворюваності населення.

Спостерігається тенденція до зростання рівня захворюваності на соціально значущі хвороби. Так, за останні п'ять років на 38% збільшилася поширеність серцево-судинної патології. За психіатричною та наркологічною допомогою в державні медичні заклади звертаються щорічно понад 2,3 млн чоловік. Водночас зростає рівень інфекційної захворюваності на такі соціально небезпечні хвороби, як туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ-інфекція/СНІД, що призводять до значних економічних втрат.

Тільки виплати у минулому році за лікарняними листками у зв'язку з непрацездатністю, спричиною гострими респіраторними вірусними інфекціями, грипом, травмами, отруєннями, хворобами серцево-судинної системи склали понад 420 млн грн. І це не враховуючи недоданої продукції та вартості медичної допомоги.

За допомогою демографічних методів підраховано, що внаслідок передчасної смертності Україна втрачає щорічно близько 1 млн 700 тис. років людського життя. За таких, досить складних умов держава і охорона здоров'я, зокрема, ввійшли в XXI століття. Безумовно, глобальні проблеми потребують не менш глобальних рішень.

Стратегічні напрями подальшого розвитку держави знайшли своє відображення в історичному документі – Посланні Президента України до Верховної Ради України "Україна: поступ у XXI століття. Стратегія економічного та соціального розвитку на 2000–2004 роки". Принципи економічної політики, стратегічні напрями реформування в державі, проголошені в Посланні Президента України, закладені у "Програму діяльності Кабінету Міністрів України на 2000–2004 роки".

Це не перша програма реформування, але перша програма, що має всі шанси бути реалізованою, оскільки, по-перше, її мета цілком збігається із завданнями, визначеними Президентом України, по-друге, на кінцевому етапі вона детально відпрацьована урядовими та парламентськими

комісіями і фракціями, і, по-третє, в ній визначені зони відповідальності щодо реалізації як Кабінету Міністрів, так і Верховної Ради.

У документі, як ніколи, широко висвітлені соціальні та гуманітарні питання, що справило враження не тільки на різні верстви населення, але й на політичні партії.

Вперше в Програму діяльності Кабінету Міністрів України внесені ризики, які можуть стати на заваді здійснення намічених перетворень, одним із яких слід відзначити суспільну підтримку Уряду.

Уряд проголошує, що найвищою цінністю є людина, тому зусилля спрямовуються на вдосконалення системи охорони здоров'я, піднесення української науки, підвищення професійного рівня вітчизняних фахівців. Головними ж критеріями досягнення цієї мети повинні бути зростання середньої тривалості життя, зниження рівня смертності новонароджених, збільшення обсягу видатків із бюджету на охорону здоров'я та науку, доступна та якісна медична допомога.

Програма передбачає комплексну модернізацію як вітчизняної економіки, так і соціального життя, тому не викликає сумніву її реальність. Початком її реалізації може бути державний бюджет на 2000 рік, який повинен забезпечити умови економічного розвитку, про що в якійсь мірі свідчить призупинення подальшого розвитку неплатежів у соціальній сфері.

Результатом першого етапу виконання Програми має стати стабілізація здоров'я нації, а наступного – його збереження та поліпшення.

Першочерговим завданням медичної галузі є забезпечення гарантій громадянам України щодо охорони здоров'я та медичної допомоги, закріплених у статті 49 Конституції України.

Програма дій Уряду містить умовно три блоки заходів, вирішення яких покладено на Міністерство охорони здоров'я. Перша група заходів покладена безпосередньо на Міністерство охорони здоров'я. Вони стосуються, насамперед, запровадження механізмів соціальної підтримки людей похилого віку, ветеранів війни та інвалідів, багатодітних сімей, дітей, реформування системи охорони здоров'я, зниження рівня смертності, збільшення тривалості життя, заохочення материнства, пропаганди здорового способу життя, подальшого розвитку вітчизняного виробництва лікарських засобів.

Міністерство охорони здоров'я розпочало велику роботу з виконання поставлених завдань. Це підготовка проектів законів "Про благодійництво та благодійні організації", "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", державної програми поліпшення становища дітей на 2001–2005 роки. Перед галуззю стоїть завдання щодо підготовки та запровадження кількох програм, а саме: розвитку охорони здоров'я до 2004 та 2010

року; медичного забезпечення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, на 2000 рік; профілактики інвалідності серед населення працездатного віку; здорового способу життя. Очікується регламентація низки стратегічних напрямлень постановами Кабінету Міністрів, таких як: державні гарантії забезпечення громадян безоплатною медичною допомогою, впровадження сімейної медицини, збереження репродуктивного здоров'я, розвиток дитячої кардіохірургічної служби, проведення санітарного, радіоекологічного та екологічного контролю, подальше забезпечення населення вітчизняними лікарськими засобами.

Міністерство охорони здоров'я разом з іншими міністерствами та відомствами залучене до відпрацювання багатьох напрямів, таких як забезпечення функціонування дієвої державної системи охорони праці, розробка концепції захисту населення та медико-соціального забезпечення осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, забезпечення якості лікарських засобів. З метою реалізації зазначених напрямів планується участь у підготовці проектів таких законів, як "Про соціальну освіту і виховання", "Про вищу освіту", "Про позашкільну освіту", "Про охорону праці", "Про безпечність промислової продукції".

Конкретні та реальні завдання, поставлені перед наукою та освітою, зокрема перехід на 12-річне навчання, розв'язання проблеми надання кредитів студентам для навчання у вищих навчальних закладах.

Ми вважаємо дуже важливим забезпечення екологічного благополуччя.

Галузь поряд із державним фінансуванням повинна мати й "комерційне".

Ми будемо розвивати приватизацію, забезпечувати політичну підтримку та надійний державний захист прав приватної власності.

Міністерство охорони здоров'я вживає всіх заходів для законодавчого забезпечення та ефективної дії в галузі Указу Президента України "Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року" №717 від 24.05.2000.

Програма дій Уряду – це і регіональна політика. Президентом України сформовані підходи до піднесення ролі регіонів. Ми чітко усвідомлюємо, що без міцної співпраці з органами місцевого самоврядування виконання намічених програм неможливе.

Слід об'єктивно зазначити, що напрацювання в попередні роки законодавчої бази не задовольняють ні державу в цілому, ні галузь. Тому ведеться щоденна копійка робота фахівців, науковців, комісії Верховної Ради щодо створення такого правового поля, яке дасть можливість вирішувати складні проблеми сьогодення, забезпечити виконання завдань, поставлених Президентом України з інтеграції до Європейського співтовариства.

ності та інвалідності створюються медико-соціальні експертні комісії загального профілю, спеціалізовані (для огляду хворих на туберкульоз, психічні розлади, хвороби системи кровообігу) та ін.

Нормативної потреби в медико-експертному обслуговуванні немає, тому що вона, як і інвалідність, залежить від багатьох чинників, деякі з яких, наприклад, соціальні, неможливо спрогнозувати. Це положення наочно ілюструє динаміка фактичної потреби (кількість оглянутих у МСЕК за рік на 10 000 населення), яка складається з первинної та повторної звертаності. За даними останніх років, 76,4% первинних звертань становить визначення інвалідності, 8,4 – подовження лікарняного листка більше ніж на 4 місяці, 7 – визначення втрати працездатності внаслідок каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я, пов'язаного з виконанням трудових обов'язків, 8,2% – консультативні огляди хворих за направленням лікарів лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) для виявлення ознак інвалідності.

Отже, основною причиною первинної звертаності є визначення інвалідності, тому спостерігається паралелізм між первинною звертаністю та первинною інвалідністю населення (табл.).

Різке зростання обох показників відбулося у 1993–1994 рр. у зв'язку з прийняттям закону і урядових документів з питань інвалідності та соціального захисту інвалідів, що розширили пільги інвалідам, особливо тим, у кого ушкодження здоров'я було пов'язане з виконанням трудових обов'язків. З 1995 р. почалося зниження рівнів цих показників через скорочення фінансування, соціальних програм для інвалідів. Швидше знижувався рівень первинної звертаності, повільніше – первинної інвалідності, яка у 1997–1998 рр. залишалася практично на одному рівні. Незначне підвищення рівня первинної звертаності у 1998 р. пов'язане із збільшенням кількості осіб, які були необгрунтовано направлені лікарями ЛПЗ у МСЕК для визначення інвалідності. Через це майже 10 тис. хворих було відмовлено у встановленні інвалідності.

Припущення, що повторна звертаність до МСЕК залежить від рівня загальної (накопиченої) інвалідності, є хибним, тому що Інструкцією про встановлення інвалідності, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України №16.01/20 від 28.12.91, були значно розширені показання для встановлення інвалідності безстроково. Крім осіб пенсійного віку, яким і раніше інвалідність визначалася без за-

Динаміка звертаності до МСЕК та інвалідності населення України за 1990–1998 рр.
(на 10 000 населення)

Роки	Первинна звертаність	Первинна інвалідність	Повторна звертаність	Загальна інвалідність
1990	61,4	44,6	105,8	284,1
1991	64,4	46,1	109,4	290,5
1992	70,5	49,3	110,1	392,4
1993	78,3	56	104,5	402,8
1994	87	58,5	104,8	420,2
1995	76,9	50,5	106,8	439,4
1996	70,1	48,6	102,4	452,2
1997	63,6	47,8	110,6	469,2
1998	65,1	47,7	110,9	483,8

значення строку чергового переогляду, тепер її встановлюють при анатомічних дефектах, стійких незворотних морфологічних або функціональних порушеннях, неефективності реабілітаційних заходів, незадовільному прогнозі динаміки працездатності через соціально-економічні обставини (відсутність у районі проживання інваліда можливостей для працевлаштування тощо). Тому рівень загальної інвалідності населення неухильно зростає.

Повторне звертання тих, хто вже має інвалідність, на черговий переогляд у разі зміни причин інвалідності, повторне встановлення частки втрати професійної працездатності, пов'язаної з виконанням трудових обов'язків, має більш стабільний характер, ніж первинне звертання. Тому зміни фактичної потреби в медико-експертному обслуговуванні залежать від змін первинної зверта-

ності, яка, в свою чергу, зумовлена первинною інвалідністю. У зв'язку зі зміною час від часу фактичної потреби в основу організації МСЕК був покладений такий, більш постійний, показник, як чисельність дорослого населення.

Фактична потреба в медико-експертному обслуговуванні враховується під час створення спеціалізованих МСЕК. Так, через масове звертання у 1993–1994 рр. за встановленням інвалідності внаслідок трудового каліцтва, професійних захворювань та визначенням частки втрати професійної працездатності внаслідок порушення здоров'я, пов'язаного з виконанням трудових обов'язків, у Донецькій області поряд з існуючою були створені 2 профпатологічні МСЕК, діяльність яких була припинена у 1997 р. у зв'язку з різким зменшенням потреби.

У попередні десятиріччя велика увага приділялась розвитку мережі спеціалізованих МСЕК, які повинні були забезпечувати високу якість медико-соціальної експертизи за інвалідизуючими захворюваннями, у складних випадках професійних захворювань. Тому вона розвивалася прискореними темпами, збитково для мережі МСЕК загального профілю. Так, у Чернівецькій області з 6 існуючих міжрайонних МСЕК функціонують 5 спеціалізованих, та лише одна загального профілю, до того ж розташована у Чернівцях. Хоча її навантаження нижче середнього в Україні, але таке розташування створює труднощі в одержанні медико-експертної допомоги для населення віддалених районів області. В Івано-Франківській області з 8 міжрайонних МСЕК 5 спеціалізованих і 3 загального профілю, у Донецькій – 21 спеціалізована та 14 загального профілю і т.д. Крім обґрунтування створення нових спеціалізованих МСЕК за фактичною потребою, обов'язковою є відповідна чисельність дорослого населення.

Отже, основним принципом створення міжрайонних МСЕК є чисельність дорослого населення. Відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу (1992), виходячи з нормативу створення МСЕК (1 на 100 000 дорослого населення), в Україні за станом дорослого населення на 01.01.93 повинні були функціонувати 463 МСЕК, з них – 71 обласна, 392 міжрайонні та міські. Тепер в Україні є 422 МСЕК, у тому числі 56 обласних, 366 міжрайонних і міських, з яких 203 міжрайонних МСЕК загального профілю та 163 спеціалізованих, але в останні роки розвиток мережі МСЕК загальмувався і навіть з'явилася тенденція до скорочення їх чисельності, в першу чергу за рахунок її спеціалізованої ланки.

З 1992 р. відбулося зменшення дорослого населення як за рахунок природних чинників, так і міграційних процесів. За станом дорослого населення на 01.01.98 в Україні повинні функціонувати 456 МСЕК, з них – 388 міжрайонних, тобто мережа МСЕК до цього часу не досягла нормативного рівня. Хоча в деяких областях мережа МСЕК тепер перевищує нормативну, тому створення в них нових міжрайонних МСЕК може бути обґрунтовано тільки великою реальною потребою.

В Україні раніше не вивчалася забезпеченість фактичної потреби населення в первинній ланці служби МСЕ – комісіями загального профілю, розвиток її мережі для виконання вимог реформування (за нормативом чисельності дорослого населення чи за фактичною потребою).

Вивчення структури МСЕК та їхньої діяльності у різних областях показало, що за однаковістю основних принципів організації медико-експертної служби актуальною є розробка принципів її диференціації для окремих адміністративних територій з урахуванням їхніх особливостей, у першу чергу фактичної потреби та навантаження

МСЕК. Зупинимось на окремих аспектах розвитку міжрайонних МСЕК загального профілю, переважна більшість яких розташована у районних центрах і покликана обслуговувати сільське населення. В середньому кожна з них обслуговує 180 тис. дорослого населення з розбіжністю від 722 тис. чоловік (Чернівецька область) до 90 тис. чоловік.

Середній рівень звертаності до МСЕК (тобто потреба в медико-експертному обслуговуванні комісіями загального профілю) за 1996–1998 рр. становить 126,4 огляду на 10 000 дорослого населення. Значно більший середнього цей показник у Волинській (164,1), Рівненській (181), Хмельницькій (178,9), Чернігівській (155,7), Сумській (149,4) областях та Автономній Республіці Крим (153,8). В усіх перелічених адміністративних територіях рівень первинної інвалідності дорослого населення та працездатного віку значно перевищує середній в Україні. Як забезпечується ця підвищена потреба, свідчить навантаження на мережу міжрайонних комісій загального профілю.

Для оптимальної роботи первинних МСЕК на сучасному етапі з виконанням усіх видів діяльності обсяг оглянутих повинен бути не більше 2200 чоловік на рік (12 чоловік на одне засідання, 36 хв на одного хворого або інваліда). При середньому навантаженні комісії цього профілю у 1996–1998 рр. 2300 оглядів на рік у зазначених адміністративних територіях (крім Чернігівської області) воно становило 2500–3300 оглядів, 14–16 чоловік на одне засідання, що призводить до скорочення часу на огляд хворого або інваліда, винесення експертного рішення про інвалідність та опрацювання питань з визначення та організації реабілітації інваліда. При цьому треба враховувати, що від 40 до 80% засідань МСЕК загального профілю проводиться на виїзді, а не на базі МСЕК, для огляду нетранспортабельних хворих та інвалідів, що потребує більше часу на один огляд. Працюючи у такому режимі, навіть досвідчені лікарі первинних МСЕК припускаються помилок у визначенні інвалідності, про що свідчить відміна їх рішення обласними комісіями в разі оскарження його хворими.

У Чернігівській і Сумській областях за чисельністю дорослого населення можливо створити ще по одній МСЕК загального профілю, що задовольнить фактичну потребу та зменшить навантаження на існуючі комісії. По інших адміністративних територіях мережа МСЕК дорівнює нормативній за чисельністю дорослого населення, а в Рівненській області – навіть перевищує її. Тому для забезпечення потреби у медико-експертному обслуговуванні та зменшення навантаження на МСЕК до оптимального рівня потрібно створити по дві понаднормативні комісії у кожній. Враховуючи понаднормативні міжрайонні МСЕК, які необхідно створити в АР Крим, Волинській та Рівненській

областях, та наявну кількість спеціалізованих міжрайонних МСЕК у них, чисельність дорослого населення на 1 міжрайонну МСЕК буде дорівнювати 80 тис. чоловік замість нормативних 100 тис., згідно з Положенням про МСЕК (1992).

Крім того, є області, де фактична потреба менша за середню в Україні або несуттєво її перевищує, а навантаження на комісії загального профілю значно більше за оптимальне. Так, в Івано-Франківській області середньорічний обсяг діяльності комісій загального профілю становить 3120 оглядів, у Львівській, Полтавській і Черкаській областях, містах Києві та Севастополі – коливається від 2400 до 2900 оглядів. Зумовлено це недостатньою кількістю комісій, мережа яких в цих областях не досягла нормативної за чисельністю дорослого населення (у Львівській області не достає 5 міжрайонних МСЕК, м. Києві – 8, Івано-Франківській – 3, в інших областях – по одній). Разрахунки свідчать, що для развантаження існуючих комісій загального профілю на кожній з цих адміністративних територій достатньо створити по одній МСЕК.

У окремих містах та районах Донецької області МСЕК загального профілю працюють з великим на-

вантаженням, тому що існуюча мережа розвивалася непропорційно навіть за достатньою чисельністю дорослого населення. Так, Маріупольська районна МСЕК обслуговує 489,5 тис. дорослого населення, в тому числі 80 тис. чоловік, які мешкають в сільській місцевості, а її навантаження становить 3288 оглядів на рік. Тим часом в області за чисельністю дорослого населення недостає 6 МСЕК.

Створення нових МСЕК в областях з великою фактичною потребою в медико-експертному обслуговуванні та значним навантаженням на мережу МСЕК дозволить вирішити не тільки забезпечення населення медико-експертною допомогою, а й підвищити її якість.

Отже, для забезпечення населення медико-експертною допомогою необхідного обсягу та якості потрібно змінити норматив чисельності дорослого населення для створення комісій (одна МСЕК на 80–100 тис. дорослого населення), враховувати реальну потребу в ній, невідкладно створити нормативні та понаднормативні міжрайонні МСЕК загального профілю на адміністративних територіях з високим рівнем первинної інвалідності та значним навантаженням на первинні МСЕК.

Список літератури

1. *Завдання служби медико-соціальної експертизи України з галузевого реформування* / В.В.Маруніч, О.В.Сергієні, В.П.Топка та ін. // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.–Київ–Тернопіль: Укрмедкнига.–1999.–№2.–С. 65–67.
2. *Наукове обґрунтування і Концепція оптимізації організації та управління службою медико-соціальної експертизи України у період реформування* / В.В.Маруніч, О.В.Сергієні, Т.Г.Войтчак та ін. // Вісн. Дніпропетровського університету.–Вип. 1.–Медицина і охорона здоров'я.–Дніпропетровськ: ДДУ, 1998.–С. 85–94.
3. *Пономаренко В.М., Ціборовській О.М., Євсєєв В.І.* Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.–Київ–Тернопіль: Укрмедкнига.–1999.–№2.–С. 57–61.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В.В.Маруніч (Київ)

Проанализированы состояние и пути развития первичного звена службы медико-социальной экспертизы Украины – медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) общего профиля. Отмечено, что в предыдущие десятилетия в Украине основное внимание уделялось развитию специализированных МСЭК в ущерб комиссиям общего профиля, что обусловило их несоответствие нормативным требованиям по численности взрослого населения, нерациональную организацию их сети. Предложено изменить норматив организации МСЭК, дифференцированно развивать их структуру, учитывая нормативную и фактическую потребности, объем освидетельствования.

ORGANIZATION QUESTIONS IN DEVELOPMENT OF PRIMARY LINK OF THE SOCIAL AND HEALTH CARE EXPERTIZE

V.V.Marunich (Kyiv)

The state and ways of development of primary link of the social and health care expertize in Ukraine – medical and social expert committees (MSEC) of general profile are analysed. It is noted that the last decade in Ukraine the main attention was paid to the specialized MSEC to the detriment of general profile committees that caused their disparity to legal demands on the number of adult population and irrational organization of their network. The author proposes to change legal provisions of MSEC, to develop their structure taking into consideration legal and factual requirements and the certification capacity.

УДК 312.6-616-082(477-25)

*В.Г. БІДНИЙ, Г.І. БАЖЕНОВА, В.В. ЗАГОРОДНІЙ, Р.М. МАКОМЕЛА, В.Т. НЕКОВАЛЬ,
Л.В. ПЕТРАВЧУК (Київ)*

КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ПРОГРАМА "ЗДОРОВ'Я КИЯН" – ШЛЯХ ДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦІВ СТОЛИЦІ ТА НАДАННЯ ЇМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Київська міська держадміністрація, Головне управління охорони здоров'я, Міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики

В умовах тривалої економічної кризи, що спостерігається в Україні сьогодні, і несприятливих змін у стані здоров'я населення особливо важливим є визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я та вибір найбільш обґрунтованих і ефективних заходів збереження здоров'я населення і форм надання йому медичної допомоги. Для м.Києва – столиці України, де спектр завдань служби охорони здоров'я значно ширший порівняно з іншими регіонами країни і де сконцентровані найбільш спеціалізовані та кваліфіковані сили наукових і практичних медичних працівників, це особливо актуально. Саме цими завданнями керувалося Головне управління охорони здоров'я м.Києва під час розробки комплексної медичної програми "Здоров'я киян на 1999–2003 роки", затвердженої Київською міською держадміністрацією.

Програму склали згідно з Постановою Кабінету Міністрів України "Про державну програму соціально-економічного розвитку м.Києва на період до 2010 р." (№ 1409 від 15.12.97), зорієнтовану на призупинення спаду рівня та якості життя населення міста, створення умов для забезпечення подальшого його наближення до рівня столиць високорозвинених центральноєвропейських держав за рахунок поступового поліпшення економічної, соціальної та екологічної ситуацій у столиці, виходячи з реальних можливостей і спираючись, переважно, на власні сили.

Мета програми – розробка і здійснення комплексу заходів для забезпечення конституційних прав громадян на безпечні та здорові умови життя і праці, на отримання доступної, якісної медичної допомоги в умовах дефіциту фінансових ресурсів. Конкретними засобами досягнення цієї мети є забезпечення необхідного мінімуму потреб у медичному обслуговуванні населення, дотримання державними, громадськими або іншими

структурами, посадовими особами та громадянами м.Києва пріоритетності охорони здоров'я у їхній діяльності, формування свідомого ставлення людини до особистого і суспільного здоров'я, поступового переміщення пріоритетів з лікування на профілактику, зі стаціонарної допомоги на стаціонарозамісну, підвищення ролі медичних сестер в організації та наданні медичної допомоги.

Здійснення програми потребує подальшого науково обґрунтованого вдосконалення управління охороною здоров'я населення міста та першочергового розвитку її пріоритетних напрямів: 1) медичного обслуговування дітей, а також жінок під час вагітності та пологів; 2) надання невідкладної та швидкої медичної допомоги усім верствам населення в разі тяжких раптових станів і захворювань, що загрожують життю хворого; 3) первинної медико-санітарної допомоги, що зорієнтована на лікаря загальної практики (сімейного лікаря); 4) стаціонарної допомоги хворим з гострими формами захворювань і загостреннями хронічних форм, які потребують госпіталізації, інтенсивної терапії та цілодобового спостереження, а також травмованим з опіками та інфекційним хворим; 5) надання медичної допомоги пільговим верствам населення, особам з соціально небезпечними і соціально значущими хворобами, а також працюючим у шкідливих і небезпечних умовах праці; 6) впровадження сучасних медичних технологій, досягнень науки; 7) сестринської справи; 8) створення системи забезпечення якості медичної допомоги; 9) створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я м.Києва.

У рамках програми "Здоров'я киян" здійснюються інші цільові програми: національна – "Діти України", міська – "Планування сім'ї", міжвідомча оздоровча – "Школяр", "Турбота", медико-соціальних протитуберкульозних заходів, "Здоров'я літніх

людей”, а також комплексний план організаційно-практичних заходів для профілактики наркоманії та СНІД тощо.

У реалізації програми передбачена участь усіх медичних закладів і організацій міста в рамках єдиного медичного простору – від окремих лікувально-профілактичних закладів та їх структурних і функціональних підрозділів до закладів Академії медичних наук України і відомчих установ, а також структур міської та районних влад, підприємств, громадських організацій тощо. При цьому слід зазначити велику роль Київської міської державної адміністрації. Передбачено певний обсяг фінансування реалізації програми. Значну частку асигнувань, крім коштів міського бюджету, виділених на охорону здоров'я, складають додаткові та залучені кошти.

Чільне місце в програмі посідають заходи з профілактики захворювань, у тому числі формування здорового способу життя, забезпечення населення міста необхідним медичним обслуговуванням, зокрема жінок під час вагітності та пологів і дітей, швидкою та невідкладною допомогою, первинною медико-санітарною допомогою пільгових категорій та осіб, хворих на соціально небезпечні і соціально значущі хвороби.

Не останнє місце в програмі посідають заходи щодо забезпечення якості медичної допомоги, серед яких передбачено перегляд системи нормативів, правил, методів оцінки її надання на всіх рівнях, удосконалення системи контролю якості медичної допомоги з упровадженням сучасних методів і оснащенням відповідних структур комп'ютерними інформаційними системами, створен-

ня цілеспрямованої системи навчання керівників медичних закладів і підрозділів з питань організації та технології управління якістю тощо.

Багато уваги в програмі приділено вдосконаленню кадрової політики і розвитку сестринської справи. Характерною відзнакою її є також детальна розробка питань інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я населення міста, наукового, нормативно-правового та методичного забезпечення її реформування.

Майже всі розділи програми включають розробку і впровадження новітніх нормативів, методик і технологій, що стосуються діагностики, профілактики, лікування, управління, організації медичної допомоги, контролю, одержання та аналізу інформації тощо.

Забезпечення потрібного кваліфікаційного рівня медичних працівників для подолання складних завдань охорони здоров'я на сучасному етапі передбачається шляхом упровадження широкої системи цілеспрямованої підготовки медичних кадрів усіх рівнів із залученням висококваліфікованих спеціалістів вищих медичних навчальних закладів, науково-дослідних установ, Міністерства охорони здоров'я України тощо.

Київською міською державною адміністрацією та Головним управлінням охорони здоров'я м.Києва ведеться ретельний контроль за ходом виконання програми. Аналіз стану її здійснення за 1999 р. свідчить про виконання більшості із запланованих на цей період заходів, проте спостерігаються труднощі у виконанні окремих заходів внаслідок недостатнього фінансування.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА “ЗДОРОВЬЕ КИЕВЛЯН” – ПУТЬ К РАЦИОНАЛЬНОМУ РЕШЕНИЮ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ СТОЛИЦЫ И ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Г. Бедный, Г.И. Баженова, В.В. Загородный, Р.Н. Макомела, В.Т. Нековаль, Л.В. Петравчук (Київ)

Отражены цель и задачи программы, их обусловленность современным уровнем здоровья населения столицы, состоянием здравоохранения и возможностями государства. Подчеркнута ориентация программы на комплексное решение силами медицинских и властных структур столицы в рамках единого медицинского пространства наиболее актуальных проблем здоровья населения и его качественного медицинского обслуживания, определены приоритетные направления и новейшие, научно обоснованные формы, методы и технологии оказания медицинской помощи.

THE COMPLEX MEDICAL PROGRAMME “HEALTH OF THE KYIVIANS” – WAY TO THE RATIONAL DECISION OF THE URGENT PROBLEMS OF MEDICAL SERVICE, THE HEALTH OF THE POPULATION OF CAPITAL AND MEDICAL HELP

V.G. Bidny, G.I. Bazhenova, V.V. Zagorodny, R.N. Makomela, V.T. Nekoval, L.V. Petravchuk (Kyiv)

In this article the object and task of the program are reflected, and their condition in the present time, the level of inhabitants health the state protection of health and the possibilities of the state power as well. The main line in the article is the orientation of programme to the complex decision of the strength of medical and power structures in the frame united medical space. The most urgent problems of the population health and qualitative service with definition of the priority directions are determined. The application of the nowadays scientific substantiated forms, methods and technologies of the public health are adduced.

УДК 614.2:616-082-053.8/9

В.М.ЯКИМЕЦЬ, А.В.МАРТИНОВА, С.І.МУЛЯР

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

Рівненський обласний госпіталь для інвалідів Великої Вітчизняної війни

Останнім часом показники здоров'я населення, за даними наукової літератури, мають виразну тенденцію до погіршення. Саме тому ведеться інтенсивний пошук шляхів удосконалення організації лікувально-профілактичної допомоги, підвищення рівня амбулаторно-поліклінічної допомоги, раціонального використання ліжкового фонду [1, 3, 4]. Крім того, дослідників турбують проблеми постаріння населення, причини погіршення здоров'я людей похилого віку. Це значною мірою стосується й ветеранів війни. Постало багато питань, на які потрібно знайти відповіді, а саме: як забезпечити надання повного обсягу медичної допомоги ветеранам війни в сучасних умовах, коли держава не спроможна відраховувати потрібні кошти, які види медичної допомоги слід визначити пріоритетними, як бути із стаціонарною медичною допомогою (найдорожчою) для ветеранів війни, які альтернативні види медичної та соціальної допомоги запроваджувати для цієї категорії населення?

Для оптимізації надання медичної допомоги ветеранам Великої Вітчизняної війни нами вивчався стан стаціонарної медичної допомоги за матеріалами Рівненського обласного госпіталю для інвалідів війни. Так, у 1992 р. стаціонарно оздоровилося 8287 інвалідів (41,5%), у 1993 – 9042 (45,6%), 1994 р. – 22 964 чоловік (64,9%). Серед госпіталізованих у 1998 р. було 26,3% інвалідів, 30,1% учасників бойових дій, 37% учасників війни і 6,6% осіб, прирівнених за пільгами до ветеранів війни. За трьохрічний період спостереження на стаціонарне лікування було направлено 86,6% чоловік від кількості взятих на диспансерний облік. У структурі госпіталізованої захворюваності перше місце посідали хвороби системи кровообігу (91,8%), друге – хвороби нервової системи (80,8%), третє – хвороби органів дихання (35%). Майже у всіх пацієнтів спостерігалася множинна патологія. Визначений експертами рівень госпіталізації осіб похилого віку становив 146‰, причому найвищим він був у терапевтичному відділенні – 59,4‰ [2].

Отже, проведені нами спостереження свідчать, що за три роки було госпіталізовано 86,6% хво-

рих ветеранів війни, щорічний рівень госпіталізації в середньому становив 286‰, що значно перевищує цей рівень серед усього населення і осіб похилого віку. В кардіологічне і терапевтичне відділення було госпіталізовано найбільше хворих, а саме, 60,4% ветеранів війни. У кожного хворого, госпіталізованого в стаціонар, у середньому реєструвалось 4,58 захворювання, а після поглибленого обстеження в госпіталі – 7,68 захворювання. Цей показник статистично достовірно відрізняється від такого, встановленого для інших контингентів хворих ($P < 0,05$). Найбільше було діагностовано хвороб у віковій групі 70–79 років, а також хвороб органів чуття (2,19 на одного хворого), в тому числі 1,38 органів зору.

За період спостереження 12,5% хворих лікувалися стаціонарно більше ніж 3 рази, із них майже половина – більше ніж 4–5 разів; ними проведено 3947 ліжко-днів. Серед госпіталізованих були хворі, які провели в стаціонарі 164, 250 і 259 ліжко-днів.

Значна консультативна робота в госпіталі проводилася такими лікарями-спеціалістами, як офтальмолог, уролог, дерматолог, ендокринолог, стоматолог. Кількість консультацій лікарем-офтальмологом досягла близько 4000 на рік (у 1995 р. – 4302, 1996 – 3402, 1997 – 3725, у 1998 р. – 3941), оториноларингологом відповідно 4141, 4477, 4800, 4979. Така сама закономірність спостерігалася й стосовно консультацій лікарем-урологом, дерматологом, ендокринологом, стоматологом. Кількість консультацій, наданих урологом, становила в 1997 р. 2497, що на 175,9% більше ніж у 1996 р, лікарем-ендокринологом у 1995 р. – 270, у 1996 р. збільшилась на 100%, а в 1997 р. – на 71%. Найбільшу кількість консультацій зареєстровано у лікаря-стоматолога: в 1995 р. – 8622; 1996 – 8639; 1997 – 8641, у 1998 р. – 8656. Під час консультування встановлено, що половина пацієнтів потребують зубного протезування, трохи більше ніж четверта частина – протезування органів слуху.

Динаміка результатів стаціонарного лікування має такий вигляд. Кількість осіб з поліпшенням стану здоров'я і повним одужанням у 1995 р. становила 98%, у 1996 – 97,6, 1997 – 97,6, у 1998 – 97,3%. Кількість осіб з повним одужанням у 1996 р.

збільшилася порівняно з 1995р. на 2%, 1997р. – на 67,6%. Питома вага осіб, у яких лікування не зумовило змін, у 1995 р. становила 1,5%, 1997 р. – 1,8%, осіб з погіршенням стану здоров'я в 1995 р. – 0,2%, 1996 – 0,1, 1997 та 1998 рр. – 0,2%. Летальність у 1995 р. становила 0,5%, 1996 – 0,8, 1997 – 0,5, у 1998 р. – 0,6%.

Слід зазначити, що у 24,5% випадків госпіталізація деяких хворих з огляду на медико-соціальні чинники була умовно потрібною. Цих хворих можна було б лікувати в умовах денного чи домашнього стаціонару, що дало б змогу заощадити значну частину (близько 30 тис. грн) бюджетних коштів і направити їх на потреби інших ланок охорони здоров'я.

Отже, під час реформування різних ланок охорони здоров'я, зокрема вирішення організаційних

питань надання медичної та соціальної допомоги ветеранам війни, слід враховувати, крім загальної та професійної захворюваності, госпіталізовану захворюваність, її рівень і структуру. Потрібно всіляко поліпшувати добір на госпіталізацію ветеранів війни, проводити поглиблений комплексний огляд лікарями-спеціалістами загальної мережі охорони здоров'я, розвивати в сучасних умовах альтернативні види медичної та соціальної допомоги – організацію денних і домашніх стаціонарів при поліклініках, а також стаціонарів, реабілітаційних центрів та закладів сестринського нагляду. За цим слід враховувати специфіку захворюваності певної категорії пацієнтів, відсутність у деяких випадках можливості доглядати за хворими вдома, відповідність санітарно-побутових умов, матеріальне забезпечення тощо.

Список літератури

1. Андрєєва І.А. Основні напрями вдосконалення сільської дільничної служби в умовах спеціалізації медичної допомоги // Соц. гігієна, орг. здравоохранения и история медицины. – 1993. – №24. – С.5–8.
2. Грузєва Т.С., Нагорна А.М., Доброскок А.І. та ін. Рекомендації щодо медичного спостереження та лікування у зв'язку із захворюваннями сільського населення похилого віку // Мед. та соц. пробл. інвалідів Великої Вітчизняної війни та осіб похилого віку / За ред. А.М.Нагорної. – Рівне: Б.в., 1996. – С.18–20.
3. Дучинський Б.М., Загородній В.В., Левицький О.І. Основні проблемні аспекти реформування галузі охорони здоров'я в періоді переходу на нові форми фінансування // Оптимізація системи охорони здоров'я м.Києва: Зб. наук. – практ. робіт. – К.: МОЗ України, 1997. – С.16–20.
4. Омельченко В.Н. Реформы системы медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1995. – №1. – С.29–30.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЕТЕРАНАМ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

В.М.Якимец, А.В.Мартынова, С.И.Муляр (Ровно)

Освещены вопросы усовершенствования организации медицинской помощи ветеранам ВОВ в современных условиях. Проанализованы статистические данные по оказанию стационарной медицинской помощи в Ровненском областном госпитале для инвалидов войны. Подчеркнута необходимость развития альтернативных видов медицинской и социальной помощи для данной категории больных, в частности расширения дневных и домашних стационаров при поликлиниках, а также стационаров, реабилитационных центров и учреждений сестринского ухода.

NOWADAY PROBLEMS IN ORGANIZATION OF INPATIENT MEDICAL CARE PROVISION FOR THE VETERANS OF THE SECOND WORLD WAR

V.M. Yakimets, A.V. Martinova, S.I. Mulyar (Rivne)

Some organizational issues concerning improvement of health care provision for the Great Patriotic War veterans are outlined. The statistical data related to inpatient medical care provided in the Rivne regional hospital for the war invalids have been analysed. The need for development of some alternative forms of medical and social care provision to this patients category is stressed, e.g. expansion of network and capacity of both the day-time and home-stay stationers at ambulatory facilities, the rehabilitation centers, the nursing homes, etc.

УДК 616.248:616-036-053.2

В.А. ОГНЕВ, Н.О. ГАЛІЧЕВА, М.П. ВОРОНЦОВ

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ І ТЯЖКОСТІ СИМПТОМІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ СЕРЕД МІСЬКИХ ДІТЕЙ ЗА ПРОГРАМОЮ ISAAC

Харківський державний медичний університет,
Національний центр міжнародної медичної програми ISAAC

Алергічні хвороби для переважної більшості країн світу реєструються в числі найпоширеніших і є однією із суттєвих проблем сучасної медицини. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, на алергічні хвороби страждає близько 10% населення земної кулі (від 1 до 50% і більше у різних країнах). Найбільша поширеність алергічних хвороб зареєстрована серед дитячого населення. Останнім часом спостерігається зростання частоти звертань, рівня госпіталізації та смертності від алергічних хвороб [1].

В Україні близько 15% дітей мають різні за локалізацією та клінічними проявами алергічні захворювання [2,3,4,5]. Захворюваність на бронхіальну астму в різних регіонах України становить 0,9–6,7‰ (в середньому 2,8‰) [6, 7].

Хоча переважна кількість раніше проведених досліджень була спрямована на вивчення патофізіологічних механізмів формування, розвитку, клінічної маніфестації алергічних захворювань та лікування хворих, поширеність алергічних захворювань вивчена недостатньо. Крім того, статистичні дані стосовно захворюваності дітей на алергічні хвороби ґрунтуються в основному на показниках, отриманих під час звертання до лікувально-профілактичних закладів. На думку А.Г.Чучаліна, І.І.Балаболкіна, С.М.Гавалова [8], такі дані не відповідають вимогам сучасної медичної статистики і не в повному обсязі відбивають дійсний рівень поширеності алергічних захворювань, оскільки значна кількість хворих з різних причин не звертається до лікувально-профілактичних закладів або не закінчує діагностичних обстежень, або лікарі не встановлюють верифікованого діагнозу алергічного захворювання. Саме тому багато питань щодо алергічної захворюваності дітей залишаються невирішеними. Виходячи з цього, останнім часом міжнародною медичною спільнотою розпочаті заходи стосовно стандартизації епідеміологічних досліджень, вивчення алергічних захворювань у дітей. Прогресивним явищем у цьому напрямку став Міжнародний консенсус з бронхіальної аст-

ми (1992) та організація Міжнародного центру з вивчення астми та алергії у дітей ("International Study of Asthma and Allergies in Childhood"–ISSAC, 1993), які використовують стандартизовані критерії та методичні підходи до визначення частоти розвитку алергічних захворювань. В Україні такі дослідження дотепер не проводились.

Застосовуючи стандартизовану методологію Міжнародного центру з вивчення астми та алергії у дітей і міжнародно визнані стандартизовані опитувальники, нами у 1999 р. було проведено обстеження дітей 6–7 і 13–14 років дев'яти адміністративних районів Харкова, виконане в межах першої фази ISAAC відповідно вимогам програми і протоколу дослідження, що стало репрезентативним. Історію, методологію, структуру та організацію дослідження викладено у попередніх публікаціях [9, 10, 11].

Для максимального охоплення популяційним обстеженням дітей 6–7 і 13–14 років були вибірково відібрані 251 шкільний колектив (навчальні класи) 35 середніх загальноосвітніх шкіл Харкова. Всього обстежено 6282 дитини. Із них 2989 дітей молодшого віку (1463 хлопчики і 1526 дівчаток) і 3293 – старшого (1447 хлопців і 1846 дівчат), всього 2910 хлопчиків і 3372 дівчинки.

Для стандартизованого епідеміологічного обстеження застосовувався опитувальник 06.01.06 ISAAC, отриманий від його виконавчого комітету і перекладений нами українською мовою, лексично адаптований і доповнений блоком додаткових запитань. Накопичення бази даних про обстежених дітей, а також статистична їх обробка проведені з використанням середовища AXEL і відповідних йому стандартних ліцензованих програм обробки.

Модульний опитувальник має вигляд анкети закритого типу, складеної із запитань щодо існуючих чи можливих симптомів бронхіальної астми і характеристик тяжкості їхнього перебігу, згідно з класифікаційними підходами Міжнародного консенсусу з бронхіальної астми.

У роботі проаналізовані дані по одному із блоків запитань анкети, а саме характеристика дихання дитини. При цьому з'ясувалися такі запитання:

1. Чи спостерігалось у дитини коли-небудь свистяче чи/і хрипляче дихання? (Так, ні).

2. Чи спостерігалось протягом останніх 12 місяців свистяче чи/і хрипляче дихання? (Так, ні).

3. Скільки разів за останні 12 місяців виникали приступи свистячого чи/і хриплячого дихання? (Варіанти відповіді: 1,2,3,4–12 разів, більше ніж 12).

4. Скільки разів за останні 12 місяців сон порушувався приступами свистячого чи/і хриплячого дихання? (Жодного разу, менше 1 разу на тиждень, раз на тиждень і частіше).

5. Чи був протягом останніх 12 місяців приступ свистячого чи/і хриплячого дихання, що унеможлилював вимову 1–2 слів між видихами? (Так, ні).

6. Чи ставили раніше діагноз бронхіальної астми? (Так, ні).

7. Чи виникало свистяче чи/і хрипляче дихання після фізичного навантаження за останні 12 місяців? (Так, ні).

8. Чи траплявся за останні 12 місяців сухий кашель уночі, не пов'язаний із застудою або запальними захворюваннями? (Так, ні).

Частоту хриплячого чи/і свистячого дихання у дітей за весь період життя визначали за наявністю у попередньому досліджуваному періоді хоча б одного прояву хриплячого чи/і свистячого дихання, не пов'язаного з гострими респіраторними захворюваннями. Так, хрипляче чи/і свистяче дихання у дітей протягом їхнього життя виявлене у 1556 дітей, що становить $(247,7 \pm 5,4)\%$, у хлопчиків – $284,5 \pm 8,4$, дівчаток – $215,9 \pm 7,1$, у дітей молодшого віку – $240,9 \pm 7,8$, старшого – $(253,9 \pm 7,6)\%$.

Аналіз частоти розвитку приступів свистячого чи/і хриплячого дихання показав, що найчастіше вони зустрічаються серед хлопчиків порівняно з однолітками-дівчатками як у молодшій $[265,2 \pm 11,5$ і $(217,6 \pm 10,5)\%$ відповідно], так і в старшій $[304,4 \pm 12,1$ і $(214,5 \pm 9,5)\%$ відповідно] вікових групах.

Отже, прояви в анамнезі хриплячого чи/і свистячого дихання серед міських дітей становлять

майже 25% популяції, характеризуються тенденцією до збільшення з віком і незалежно від нього, найчастіше виникають у хлопчиків. Власне, ці обставини зумовлюють потребу подальшого детальнішого аналізу поширеності бронхіальної астми та тяжкості її проявів з метою визначення можливих статево-вікових та епідеміологічних особливостей формування патології серед міського дитячого населення.

Поширеність хриплячого чи/і свистячого дихання за останні 12 місяців (ХСД12) становила $(125,4 \pm 4,2)\%$; серед хлопчиків – $141,6 \pm 6,4$, дівчаток – $111,5 \pm 5,4$, дітей молодшого віку – $121,8 \pm 6$, старшого – $(128,8 \pm 5,8)\%$. Поширеність ХСД12 серед хлопчиків молодшої групи становила $(132,6 \pm 8,8)\%$, дівчаток – $111,4 \pm 8$, хлопчиків старшої групи (хлопців) $(150,7 \pm 9,4)\%$, що вірогідно більше (на 18–20%, $P < 0,005$), ніж серед дівчаток відповідного віку (дівчат) – $(111,6 \pm 7,3)\%$.

Отже, спостерігається загальна тенденція до збільшення з віком поширеності симптому ХСД12, а також значна перевага цього показника серед хлопчиків у порівнянні з дівчатками.

За програмою дослідження було передбачено вивчення не тільки поширеності, а й частоти виникнення цих симптомів протягом 12 місяців перед проведенням опитування, тобто їх інтенсивності. Інтенсивність приступів ХСД12 оцінювалася за чотирима категоріями: слабка інтенсивність – частота ХСД не більше одного приступу за останні 12 місяців; помірна – від одного до трьох приступів; середня – від трьох до дванадцяти; висока – більше дванадцяти приступів за останні 12 місяців.

Серед 788 дітей (різної статі та віку), які протягом останніх 12 місяців мали приступи хриплячого чи/і свистячого дихання, у 26,4% випадків був зареєстрований один приступ такого дихання (слабка інтенсивність), у 60,3 – від одного до трьох приступів (помірна інтенсивність), 9,4 – більше чотирьох, але менше 12 приступів (середня інтенсивність), 3,9% – більше 12 приступів (висока інтенсивність).

Розподіл дітей за інтенсивністю приступів хриплячого чи/і свистячого дихання, а також за віком і статтю поданий у табл.1.

Таблиця 1. Розподіл дітей з ХСД12 за інтенсивністю приступів, віком і статтю

Інтенсивність приступів	Питома вага дітей, %								
	Молодша група			Старша група			Усі діти		
	Хлопчики	Дівчатка	Всього	Хлопці	Дівчата	Всього	Хлопчики	Дівчатка	Всього
Слабка	23,7	21,2	22,5	26,2	33,5	29,7	25,0	27,9	26,4
Помірна	57,2	61,2	59,1	65,6	56,8	61,3	61,6	58,8	60,3
Середня	13,4	14,1	13,7	4,1	7,3	5,7	8,5	10,4	9,4
Висока	5,7	3,5	4,7	4,1	2,4	3,3	4,9	2,9	3,9

Як видно з таблиці, спостерігається зменшення питомої ваги приступів високої інтенсивності з 4,7% у дітей молодшого віку до 3,3% – старшого, серед хлопчиків цих груп – відповідно з 5,7% до 4,1, дівчаток – з 3,5 до 2,4%. З'ясована також різниця в інтенсивності приступів між хлопчиками та дівчатками (4,9 та 2,9% відповідно), що свідчить про більшу тяжкість приступів у хлопчиків, ніж у дівчаток.

Одним із клінічно та прогностично значущих симптомів бронхіальної астми, який може характеризувати її тяжкість, є **порушення нічного сну (ПНС) приступами хриплячого чи/і свистячого дихання**. Питома вага цього симптому серед дітей з ХСД12 становить 35,2%, тобто у 1/3 міських дітей з симптомами астми ці приступи трапляються в нічний час, порушуючи сон (табл. 2).

Таблиця 2. Питома вага приступів ХСД12 з порушенням нічного сну у дітей різної статі та віку

Приступи	Питома вага приступів, %								
	Молодша група			Старша група			Усі діти		
	Хлопчики	Дівчатка	Всього	Хлопці	Дівчата	Всього	Хлопчики	Дівчатка	Всього
Немає	65,4	57,7	61,8	64,6	70,4	67,4	65,0	64,6	64,8
Нічні з різною частотою	34,6	42,3	38,2	35,4	29,6	32,6	35,0	35,4	35,2

Виявлена вірогідна різниця у структурі приступів ХСД у різних вікових групах дітей. Так, питома вага приступів ХСД з ПНС у молодшій групі дітей становить 38,2%, тоді як у старшій групі – 32,6%. Нічні приступи ХСД переважають серед дівчаток молодшого віку (42,3%) порівняно з однолітками-хлопчиками (34,6%), а також із дівчатками старшого віку (29,6%). Серед хлопчиків старшого та молодшого віку приступи з порушенням нічного сну траплялись однаково часто.

Тяжкість симптоматики бронхіальної астми оцінювали також за **частотою приступів, що супроводжуються порушенням вимови дитини (ПВД)** під час приступу (обмеження мовлення до 1–2 слів у проміжках між видихами). Поширеність цього приступу серед дітей становить $(17,2 \pm 1,6)\%$, у хлопчиків – $16,5 \pm 2,3$, дівчаток – $17,8 \pm 2,3$, дітей молодшого віку – $14,7 \pm 2,2$, старшого – $(19,4 \pm 2,4)\%$. Спостерігається більша частота ПВД у дівчаток молодшого віку $[(16,4 \pm 3,2)\%]$ порівняно з однолітками-хлопчиками $[(13 \pm 2,9)\%]$ і значне зростання її серед дітей старшого віку [у хлопців – $(20 \pm 3,7)\%$, дівчат – $(19 \pm 2,1)\%$].

Серед 6282 обстежених дітей у 572 осіб (9,1%) виявлені **приступи ХСД, пов'язані з фізичним навантаженням (ХСД+ФН)**. Поширеність цього симптому серед дітей становить $(91,1 \pm 3,6)\%$, ко-

ливається від 46,5 до 143% залежно від статі та віку дітей. Так, найменший рівень поширеності приступів ХСД+ФН спостерігається у дітей молодшого віку $[(46,5 \pm 3,9)\%]$, тоді як серед дітей старшого віку він становить $(131,5 \pm 5,9)\%$. Серед хлопців цей показник дорівнює $(143,7 \pm 9,2)\%$, що вірогідно вище, ніж серед одноліток-дівчат – $(87,8 \pm 4,9)\%$.

Поширеність приступів ХСД+ФН свідчить на користь великої значущості фізичного навантаження для симптоматичної діагностики бронхіальної астми, а їхній селективно високий рівень поширеності серед хлопців – про більш високий ризик формування бронхолегеневої патології в подальшому серед юнаків.

Сухий нічний кашель (СНК), не пов'язаний із застудою чи запальними захворюваннями, розглядався як потенційно інформативний симптом бронхіальної астми, що виникав на чинники середовища, що оточує дитину (килими, шерсть домашніх тварин, пір'яні подушки, парфуми тощо). Протягом останнього року цей симптом спостерігався серед обстежених дітей з частотою $(119,9 \pm 4,1)\%$. Частота прояву СНК дещо більша серед дітей старшого віку і становить $(121,2 \pm 6,0)\%$, у дітей молодшого віку – $118,4 \pm 5,9$, хлопчиків – $118,9 \pm 6$, дівчаток – $(120,7 \pm 5,6)\%$. Проте вірогідної різниці між цими показниками не виявлено.

Висновки

1. Хрипляче чи/і свистяче дихання протягом життя зустрічається майже у 1/3 популяції міських дітей; частота його має тенденцію до збільшення з віком та незалежно від віку і серед хлопчиків.
2. Поширеність свистячого чи/і хриплячого дихання у дітей характеризується значним переважанням серед хлопчиків зі збереженням цієї закономірності й серед хлопців.
3. Інтенсивність приступів свистячого чи/і хриплячого дихання відображає більшу поширеність тяжких симптомів бронхіальної астми серед хлопчиків у порівнянні з дівчатками.
4. Аналіз структури приступів хриплячого чи/і свистячого дихання виявив переважання приступів з порушенням нічного сну серед дівчаток і стабільну частку нічних приступів у хлопчиків незалежно від віку.

5. Велика поширеність приступів хриплячого чи/і свистячого дихання, що проявляються після фізичного навантаження, свідчить про діагностичну значущість фізичного навантаження для астми, а їх селективно високий рівень поширеності серед хлопців – про високий ризик формування бронхолегеневої патології в подальшому серед юнаків.

6. Симптом нічного кашлю однаково часто $[(119,9 \pm 4,1)\%]$ зустрічається серед міських дітей незалежно від віку і статі.

Список літератури

1. *Аллергические болезни у детей: Руководство для врачей // Под ред. М.Я.Студеникина, И.И.Балаболкина.* – М.: Медицина. – 1998. – 352с.
2. *Пальгов В.И., Дмитроченко А.С., Сорока Н.В., Крушикова Н.А.* Аллергическая и неспецифическая заболеваемость детского населения, проживающего в условиях промышленного города // *Гигиена населенных мест: Межвед. респ. сб.* – К, 1989. – Вып. 28. – С.11–16.
3. *Огнев В.А., Галичева Н.А.* Алергічні захворювання у дітей – сучасна соціально-гігієнічна проблема // *Матеріали 3-го з'їзду соц. гігієністів та організаторів охорони здоров'я України, Одеса, 4–6 черв. 1997 р.* – Одеса. 1996. – Ч.2. – С.46–49.
4. *Ласиця О.І.* Про розвиток та вдосконалення дитячої алергологічної служби в Україні // *Педіатрія, акушерство і гінекологія.* – 1995. – №3. – С.3–5.
5. *Пухлик Б.М., Русанова В.Б.* Туберкульоз і алергічні захворювання // *Журн. акад. мед. наук України.* – 1998. – №4. – Т.4. – С.143.
6. *Сміян І.С., Банадига Н.В.* Бронхіальна астма дитячого віку. – Тернопіль, 1995. – 200с.
7. *Ковальчук М.П.* Епідеміологічні дослідження бронхіальної астми у дітей // *Педіатрія, акушерство і гінекологія.* – 1998. – №2. – С.48.
8. *Национальная программа “Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика”.* – М., 1997. – 93с.
9. *Огнев В.А.* Эпидемиология аллергии у детей: история и методология изучения по международной программе ISAAC // *Врачеб. практика.* – 1999. – №1. – С.41–43.
10. *Огнев В.А.* Астма и аллергия у детей: практическая реализация эпидемиологического подхода к изучению в двух сотрудничающих ISAAC – центрах Украины // *Медицина сегодня и завтра.* – 1999. – №1. – С.97–99.
11. *Огнев В.А.* Эпидемиология аллергии у детей: организационная структура и управление международным исследованием // *Врачеб. практика.* – 1999. – №4. – С.94–96.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ГОРОДСКИХ ДЕТЕЙ ПО ПРОГРАММЕ ISAAC

В.А.Огнев, Н.О.Галичева, М.П.Воронцов (Харьков)

Приведены результаты первой фазы (1999 г.) стандартизованного популяционного обследования 6282 городских детей Харькова по программе ISAAC. Выявлены симптомы бронхиальной астмы, частота которых у детей в последние 12 месяцев составляла $(125,4 \pm 4,2)\%$, у мальчиков – $141,6 \pm 6,4$, девочек – $(111,5 \pm 5,4)\%$, а также тенденция к увеличению их частоты с возрастом [у 6–7-летних детей $(121,8 \pm 6)\%$, 13–14-летних – $(128,8 \pm 5,8)\%$], проанализирована тяжесть симптомов, зависимость её от возраста и пола детей.

THE STUDY OF SPREADING AND COMPLEXITY OF BRONCHIAL ASTHMA SYMPTOMS AMONG URBAN CHILDREN DUE TO THE ISAAC PROGRAMME

V.A. Ognev, N.O. Halicheva, M.P. Vorontsov (Harkiv)

The result of the first stage (1999 y.) in the standard population investigation among 6282 urban children of Harkiv city due to the ISAAC programme is adduced. Some symptoms of bronchial asthma have been found. The symptom frequency among children during last 12 months makes up $(125,4 \pm 4,2)\%$ among children, $141,6 \pm 6,4$ for boys, $(111,5 \pm 5,4)\%$ for girls. The tendency of the increase of their frequency with age of patients has been revealed, namely: $(121,8 \pm 6)\%$ for 6–7 years aged, $(128,8 \pm 5,8)\%$ for 13–14 years aged. The symptoms' complexity and its dependence from children's age and sex has been analysed.

РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ

Міністерство охорони здоров'я України

Оцінка діяльності системи охорони здоров'я – це складова частина процесу управління галуззю.

Напрацювання моделей охорони здоров'я державного, адміністративно-територіального рівнів і рівня лікувально-профілактичних закладів дає можливість відобразити стратегічну, тактичну та оперативну форми управління. При цьому виникає постійна потреба в пошуку критеріїв функціонування організаційних структур у сфері охорони здоров'я і розробці ієрархічної системи показників зверху донизу, що відображає цільові функції як системи охорони здоров'я в цілому, так і окремих медичних служб.

Зрозуміло, що реалізація реформи охорони здоров'я неможлива без удосконалення форм і методів управління галуззю на державному, регіональному і базовому рівнях, створення сучасної системи інформаційного її забезпечення на основі уніфікації методів і засобів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби.

Для вдосконалення рівня управління, прийняття необхідних стратегічних і тактичних рішень і поєднання на практиці поточних і перспективних планів важливого значення набувають питання всебічного вдосконалення медичної статистики.

Оцінку ситуації в системі охорони здоров'я в стратегічному плані можливо проводити за такими показниками-критеріями, як очікувана тривалість життя при народженні, смертність, захворюваність і поширеність хвороб, інвалідність населення, а також ефективність використання ресурсів – мережі лікувально-профілактичних закладів, кадрів, фінансування тощо.

Слід зауважити, що система оцінки ефективності функціонування охорони здоров'я як галузі є складною і недосконалою. Це пов'язано не тільки з постановкою цілей і завдань з означеної проблеми, а й з конкретними шляхами вирішення, зумовленими особливостями та реальними можливостями кожної країни.

В Україні існує досить розгалужена система статистики. Кількість статистичних показників (захворюваність, смертність, інвалідність та ін.), відомості про які отримуються на підставі суцільного обліку, сягає десятків тисяч. Начебто цієї інформації достатньо для

всебічної оцінки стану здоров'я населення, ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, діяльності її закладів, але вона надходить один раз, у кінці року та ще через 3–5 місяців по тому. Враховуючи, що більшість показників досить інерційні, ця інформація повинна використовуватися для оцінки ситуації в цілому і розробки стратегічних управлінських та організаційних заходів в охороні здоров'я.

Існує значний досвід використання показників (методів) узагальненої оцінки в управлінні охороною здоров'я: кореляційного та кластерного аналізу, індексометрії, зокрема індексу ефективності діяльності, математичного моделювання системи медичного забезпечення, рейтингової оцінки тощо. Але для галузі вкрай потрібна постійна інформація, яка б давала можливість ситуативної оцінки (за невеликий відтинок часу) для прийняття обґрунтованих, виважених, оперативних рішень.

Задля вирішення цього складного завдання, з нашої точки зору, найбільш доцільним є оцінка оперативної інформації з регіонів (областей, міст, районів) України методом ранжування.

Теорія рангів вперше виникла як відгалуження теорії випадкових процесів. Спочатку в рангах вбачали здебільшого просто зручний апарат, завдяки якому вдається обійтися без визначення абсолютного значення змінних і тим самим заощадити час або зусилля. Використання рангів дало можливість будувати об'єктивну шкалу абсолютних значень. Пізніше статистика рангів змогла завоювати визнання своїми власними позитивними якостями [1, 2, 3].

Основна перевага ранжованого ряду полягає в тому, що він дає характеристику або визначає окремі показники під час розгляду всієї сукупності [2].

Для оперативного управління, на наш погляд, необхідно отримувати відповідну статистичну інформацію щокварталу, а деяку навіть щомісяця. Вона не повинна бути об'ємною, достатньо 20–25 показників, які відобразатимуть найсуттєвіші види діяльності регіональних органів управління охороною здоров'я та окремих служб. Це насамперед відомості про смертність немовлят, материнську смертність, захворюваність на соціально небезпечні хвороби (туберкульоз, сифіліс, СНІД). Інтег-

Таблиця 1. Показники рейтингової оцінки діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня

№ пор.	Показник	Періодичність направлення інформації	Оптимальний показник
1	Смертність немовлят, на 1000 живонароджених	Щомісячно	10
2	Перинатальна смертність, на 1000 народжених	Те саме	8
3	Материнська смертність, на 100 000 живонароджених	– " –	23
4	Частота абортів, на 1000 жінок фертильного віку	Щоквартально	30
5	Смертність від інфаркту міокарда, на 100 000 населення	Те саме	13
6	Захворюваність на онкологічні хвороби (III-IV стадії, вперше виявлені), на 100 000 населення	Щомісячно	38
7	Захворюваність на бацилярну форму туберкульозу легень (вперше виявлені), на 100 000 населення	Щоквартально	24
8	Захворюваність на сифіліс, на 100 000 населення	Те саме	115
9	Охоплення профілактичними щепленнями дітей, які досягли року (ІІІАКДП, % від тих, які досягли року)	Щомісячно	97
10	Охоплення профоглядами (разом), % від тих, хто підлягав профоглядам	Щоквартально	95
11	Забезпеченість населення лікарняними ліжками, на 10 000 населення	За півроку	80
12	Проліковано хворих у денних стаціонарах, на 10 000 населення	Щоквартально	20
13	Кількість ліжок денних стаціонарів, на 10 000 населення	Те саме	–
14	Кількість зайнятих посад лікарів загальної практики (сімейних лікарів)	– " –	–
15	Укомплектованість штатних посад лікарів сільської мережі фізичними особами (без сумісництва) СЛА, ДЛ, районних лікарень, %	– " –	100
16	Укомплектованість штатних посад фізичними особами середніх медичних працівників ФАП, %	Щоквартально	100 ⁴
17	Кількість ДЛ, ЛА, що не укомплектовані лікарями	Те саме	–
18	Кількість ФАП, що не укомплектовані фельдшерами	– " –	–
19	Стан загальної заборгованості по заробітній платі (по області), тис. грн/к-ть місяців	Щомісячно	–
20	Надходження позабюджетних коштів, млн грн	Щоквартально	–
21	Загальна кількість обстежених на ВІЛ, у тому числі з позитивним результатом Кількість ВІЛ-інфікованих	Щоквартально (з метою оперативного аналізу по Україні)	–
22	Кількість випадків переливання нетестованої крові	Щомісячно	0
23	Кількість спалахів інфекційних захворювань: - в організованих колективах; - в лікувально-профілактичних закладах	Щомісячно	0
24	Кількість ЛПЗ, що брали участь у експерименті з удосконалення системи управління охороною здоров'я (з яких питань чи за якими напрямками)	Щоквартально	–
25	Придбання інсулінів, у тому числі вітчизняного виробництва, тис. грн	Те саме	–

Таблиця 2. Показники для проведення розрахунків під час рейтингової оцінки діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня

№ пор.	Показник	Оптимальний показник	Оцінка в балах показника	Відхилення від оптимального	Оцінка в балах відхилення
1	Смертність немовлят, на 1000 живонароджених	10	10	±0,2	±1
2	Перинатальна смертність, на 1000 народжених	8	10	±0,1	±1
3	Материнська смертність, на 100 000 живонароджених	23	10	±0,5	±1
4	Частота абортів, на 1000 жінок фертильного віку	30	10	±0,5	±1
5	Смертність від інфаркту міокарда, на 100 000 населення	13	10	±0,1	±1
6	Захворюван. на онкологічні хвороби (III-IV клінічні групи, вперше виявлені), %	38	10	±1	±1
7	Захворюван. на бацилярну форму туберкульозу легень (вперше виявлені), на 100 000 насел.	24	10	±1	±1
8	Захворюван. на сифіліс, на 100 000 насел.	115	10	±5	±1
9	Охоплення профілактичними щепленнями дітей, які досягли року (IIIAKДП), % від тих, які досягли року	97	10	±0,5	±1
10	Охоплення профоглядами (разом), % від тих, хто підлягав профоглядам	95	10	±2	±1
11	Забезпеченість населення лікарняними ліжками, на 10 000 населення	80	10	+3	-1
12	Проліковано хворих у денних стаціонарах, на 10 000 населення	20	10	±5	±1
13	Кількість ліжок денних стаціонарів, на 10 000 населення	Не оцінюється			
14	Кількість зайнятих посад лікарів загальної практики (сімейних лікарів)	Не оцінюється			
15	Укомплектованість штатних посад лікарів сільської мережі фізичними особами (без сумісництва) СЛА, ДЛ, районних лікарень, %	100	10	-1	-1
16	Укомплектованість штатних посад фізичними особами середніх медичних працівників ФАП, %	100	10	1	-1
17	Кількість ДЛ, ЛА, що не укомплектовані лікарями			Кожний некомплектований заклад	-2
18	Кількість ФАП, що не укомплектовані фельдшерами			Кожний некомплектований ФАП	-2
19	Стан загальної заборгованості по заробітній платі (по області), тис. грн/к-ть місяців	Немає заборгованості	10	Заборгованість за кожний місяць	-5
20	Надходження позабюджетних коштів, млн грн	Немає надходжень	0	Надходження кожних 500 тис.	+1
21	Загальна кількість обстежених на ВІЛ, у тому числі з позитивним результатом Кількість ВІЛ-інфікованих	Не оцінюється			
22	Кількість випадків переливання нетестованої крові			Кожний випадок	-10
23	Кількість спалахів інфекційних захворювань: - в організованих колективах; - в лікувально-профілактичних закладах			Кожний випадок	-10
24	Кільк. ЛПЗ, що брали участь в експерименті з удосконалення системи управління охороною здоров'я (з яких питань чи за якими напрямками)			Кожний лікувальний заклад	+1
25	Придбання інсулінів, у тому числі вітчизняного виробництва, тис. грн	Не оцінюється			

П р и м і т к а. Погіршення показника стосовно оптимального зменшує кількість балів.

рованими показниками профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я можуть бути показники рівнів профоглядів декретованих контингентів населення та щеплень відповідних груп дітей.

Ми вважаємо вкрай важливим для сьогодення вивчення стану фінансування закладів охорони здоров'я, рівня заборгованості по заробітній платі. Неможливо обійтися без аналізу ресурсного забезпечення галузі – забезпеченості населення лікарняними ліжками, медичними кадрами, укомплектованості штатних посад медичних працівників, особливо в сільській місцевості.

Оперативно повинна надаватись і вивчатись інформація про випадки неякісної роботи медичних працівників (переливання нетестованої крові, наявність спалахів інфекційних захворювань в організованих колективах тощо). Повніший перелік показників подано у табл. 1. Проте оцінка рангового місця закладів охорони здоров'я окремих регіонів (область, місто, район) України доцільна під час вивчення лише одного показника діяльності.

Для комплексної оцінки діяльності лікувально-профілактичних закладів одного ранжування замало, і тому доцільно використовувати ще й бальну оцінку окремих показників. На першому етапі на підставі експертної оцінки вводимо поняття оптимального показника (див. табл. 1), тобто показника, рівень якого можна досягнути в разі комплексного, інтенсивного, зваженого і професійного підходу до його забезпечення, наприклад, репродуктивного здоров'я жінок, якості пологів, надання адекватної лікувально-профілактич-

ної допомоги дітям першого року життя (смертність немовлят) або проведення своєчасних профілактичних заходів, ранньої діагностики, своєчасного та адекватного лікування, реабілітації (захворюваність на бацилярну форму туберкульозу легень вперше виявлених хворих, на онкологічні хвороби III–IV стадії тощо). В подальшому оцінюємо досліджувані показники в балах, порівнюючи з оптимальними, визначаємо їхнє відхилення від оптимального в тих самих одиницях, що й показник, і в балах (табл. 2). Слід зауважити, що на етапі бальної оцінки потрібно враховувати значимість зміни того чи іншого показника. Наприклад, одним балом оцінюється відхилення перинатальної смертності на $\pm 0,1$ на 1000 народжених, або материнської – на $\pm 0,5$ на 100 000 живонароджених.

Сумарна кількість отриманих балів визначає рейтингове місце закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць (області, міста, району). Найбільша кількість балів відповідає найвищому рейтингу регіону.

Вибір показників для комплексного визначення рейтингового місця на рівні області щодо міста чи району може бути скорегованим її особливостями (характером господарства, промисловості, ландшафту тощо), комплексом проблем, які треба негайно вирішувати.

Запропонована нами схема дозволить об'єктивніше оцінювати багатогранну діяльність органів управління системою охорони здоров'я адміністративних територій, сприятиме прийняттю виважених і обгрунтованих рішень на всіх рівнях управління.

Список літератури

1. Венецкий И.Г., Венецкая В.И. Основные математико-статистические понятия и формулы в экономическом анализе. – М.: Статистика, 1974. – 277 с.
2. Кендэл М. Ранговые корреляции. – М.: 1975. – 252 с.
3. Урланис Б.Ц. Общая теория статистики. – М.: Статистика, 1973. – 440 с.

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко (Киев)

Предложена схема рейтинговой оценки деятельности органов управления здравоохранением на региональном уровне, которая предполагает изучение оперативной информации, получаемой ежеквартально или ежемесячно о здоровье населения, ресурсах системы здравоохранения, качестве медицинской помощи. Дана методика балльной оценки отдельных показателей и определения рейтинга учреждений здравоохранения административно-территориальных единиц на основе суммарного количества получения баллов.

RATING ASSESSMENT FOR FUNCTIONING OF REGIONAL HEALTH AUTHORITIES

V.F.Moskalenko, V.M.Ponomarenko (Kyiv)

A scheme of rating assessment for functioning of regional health authorities is presented. The scheme supposes studying of operative information on public health which is collected monthly or quarterly including updated data on health care quality and public health resources.

A method of grade evaluation for some indicators and rating evaluation for regional health facilities has been developed. The method implies the analysis of total grade quantity.

УДК 616-082:008(477.42)

З.М.ПАРАМОНОВ, В.Й.ШАТИЛО, В.І.ХРЕНОВ

ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації,
Житомирський обласний лікувально-профілактичний центр "Здоров'я"

Специфічні ознаки, притаманні Житомирщині, вирізняють її з-поміж інших регіонів України, ускладнюють вирішення й без того багатограних соціально-економічних проблем.

Населення області менш урбанізоване, ніж у країні загалом; на початок цього року в сільських місцевостях проживало 626,4 тис. чоловік, або 47,7% загальної кількості. Населення працездатного віку в загальній чисельності складає 53,4%. Тому демографічне навантаження на 1 тис. осіб працездатного віку непрацездатними по області становить 871 особу (в міських поселеннях – 684, сільських – 1180). Ситуація ускладнюється ще й тим, що в радіоактивно забруднених районах у значної частини населення знижений пенсійний вік.

Середня очікувана тривалість життя житомирців становить 67 років: чоловіків – 62, жінок – 73 роки; середній вік – 38 років: чоловіків – 37, жінок – 41. Природний приріст в області на 01.01.99 р. дорівнює (-7,3) на 1000 населення, смертність – 16,1‰, народжуваність – 8,8‰ (в міських поселеннях відповідно природний приріст – (-4); смертність – 12,8‰, народжуваність – 8,8‰; в сільських – (-11,5); 21; 9,5).

Статистичні дослідження свідчать, що відтепер у разі збереження існуючих демографічних процесів у області не забезпечуватиметься навіть просте відтворення населення, коефіцієнт якого в останні 9 років менший 1 (в 1998 р. він дорівнював 0,7).

Структура смертності за 9 місяців поточного року в області така: на першому місці (67,1%) стоять хвороби системи кровообігу, на другому (12,2%) – новоутворення, третьому (7,8%) – нещасні випадки, вбивства, самогубства, четвертому (5,5%) – хвороби органів дихання.

Проаналізувавши демографічну ситуацію в області, основні показники здоров'я населення, можливість поліпшення надання медичної допомоги населенню вбачається в подальшому реформуванні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) шляхом підвищення доступності медичної допомоги – відкриття фельдшерських пунктів (ФП) і лікарських амбулаторій (ЛА) на базі ФАП у

малонаселених селах, наближення спеціалізованої допомоги продовженням консультативних виїздів спеціалізованих бригад з обласних закладів охорони здоров'я за певним графіком.

ПМСД в області надається 1072 закладами. В міських поселеннях ПМСД функціонує у складі територіальних медичних об'єднань (ТМО), за винятком медико-санітарних частин і станцій швидкої допомоги. У Житомирі та у сільській місцевості заклади ПМСД (дільничні лікарні – 30, сільські лікарські амбулаторії – 164, ФАП – 849) також входять до складу ТМО, що сприяє розвитку відповідних як вертикальних, так і горизонтальних зв'язків, єдиному вибору стратегічних напрямів розвитку ПМСД.

У 1990 р. розпочалося реформування ПМСД з реорганізації дільничних лікарень (ДЛ) у ЛА, відкриття ЛА і ФП у малонаселених пунктах. З того часу реорганізовано 48 ДЛ, відкрито 61 ЛА на базі ФАП та 32 ФП у малонаселених селах. Лише в поточному році запрацювали 8 лікарських амбулаторій та 8 фельдшерських пунктів. Замість стаціонарів, які були в ДЛ, запропоновані адекватні до медичних показань і економічні денні та домашні стаціонари, що повністю відповідає рекомендаціям ВООЗ. Внаслідок цього фонд цілодобових ліжок у лікарнях скоротився більше ніж на 47,3% (сьогодні в області їх 74 на 10 000 населення). Загальну потужність денних стаціонарів складають 2190 ліжок, на яких впродовж 1999 р. проліковано 75 824 тис. пацієнтів.

Оскільки лікування в денному стаціонарі, як правило, доступне пацієнтам, які мешкають у населеному пункті, де функціонує такий стаціонар, було вирішено залучити до такої форми медичної допомоги найчисельнішу ланку первинної медико-санітарної допомоги – фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти. Зараз організовано 284 ФАП і ФП з одно- і дволіжковим денним перебуванням хворих. Призначення лікування здійснюється дільничними лікарями та спеціалістами центральних районних лікарень, вони ж після повторних розглядів контролюють надання допомоги в ході перебігу хвороби і в разі необхідності – корегують лікарські призначення.

Впродовж наступних двох років планується відкриття ліжок денного перебування хворих на всіх ФАП, де є належні матеріально-технічні та кадрові ресурси.

Ще однією альтернативою цілодобовому перебуванню в лікарні є організація домашніх стаціонарів, що сьогодні використовується в усіх без винятку амбулаторно-поліклінічних закладах первинної медико-санітарної допомоги. З огляду на відсутність відповідного директивного документа МОЗ України в області виданий наказ управління охорони здоров'я, яким регламентуються всі аспекти діяльності домашніх стаціонарів. Тільки в 1999 р. так проліковано 38,2 тис. пацієнтів, які дуже схвально ставляться до цієї форми медичної допомоги.

В області бурхливо розвивається амбулаторна хірургія. В 1999 р. виконано 86,7 тис. амбулаторних операцій. Третій рік поспіль кількість амбулаторних операцій перевищує кількість оперативних втручань, виконаних у стаціонарах лікарень. Це стало можливим завдяки облаштуванню операційних в усіх поліклініках ЦРЛ. Розширюється їх використання в амбулаторних закладах загального призначення.

Сучасна ситуація в охороні здоров'я складна і потребує невідкладного розв'язання накопичених проблем. Структурні зміни в лікувально-профілактичних закладах, зумовлені скороченням кількості лікарняних ліжок, – позитивне явище стосовно становлення амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги.

Ситуація складається так, що найневідкладнішим завданням реформування первинної медико-санітарної допомоги як у місті, так і на селі є спроба медичної громадськості опанувати сімейну медицину. В цьому переконані більшість фахівців – відомих вчених, соціальних гігієністів, "управлінців" охорони здоров'я.

Дільничний лікар у світлі декларованих функцій та обов'язків мало чим відрізняється, як вважають окремі фахівці, від сімейного, хоча це не одне і теж.

Надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем на всіх рівнях інфраструктури галузі сьогодні визначається як найважливіше завдання загального реформування системи охорони здоров'я, концепцію якого підтримує Президент України.

Нами вивчено досвід організації ПМСД на засадах сімейної медицини зарубіжних країн, а також результати впровадження сімейної медицини на Львівщині та Дніпропетровщині.

У 1992 р. обласним управлінням охорони здоров'я затверджена поетапна програма реформування ПМСД в Житомирській області на засадах сімейної медицини. Програмою передбачалось забезпечити на належному рівні діагностику, лікування, профілактику та реабілітацію населення, сприяти цілісному підходу до лікування та оздо-

влення пацієнтів, зменшенню госпіталізації населення, підвищенню рівня медичних і гігієнічних знань і забезпечення широкої пропаганди здорового способу життя.

Перший етап програми (підготовчий) охоплював аналіз діяльності первинної медико-санітарної допомоги, другий – інтенсифікацію діяльності ПМСД, третій – перехід на систему роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря), четвертий – впровадження сімейної медицини.

На першому етапі було вивчено реальний стан організації ПМСД, її матеріально-технічне і кадрове забезпечення, інфраструктуру. З урахуванням проведеного аналізу сформовано план організації амбулаторій сімейного лікаря у сільській місцевості, містах з денними стаціонарами та реорганізацією дільничних лікарень в амбулаторії. План затверджений обласною державною адміністрацією.

На другому етапі проводилась організація роботи акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу, прийняття програми реформування інфраструктури, започаткування експерименту в окремих регіонах області, формування програми підготовки сімейних лікарів на очно-заочному трирічному циклі, реформування стаціонарної допомоги, вирішення питань правового забезпечення. Розроблені тимчасові положення: про відділення сімейної медицини, про амбулаторію сімейного лікаря, про сімейного лікаря і сестру сімейного лікаря, про порядок взаємодії між лікувально-профілактичними закладами та сімейним лікарем, а також посадові інструкції сімейного лікаря і медичної сестри сімейного лікаря, перелік обладнання амбулаторії сімейного лікаря та сумки-укладки сімейного лікаря тощо.

На третьому етапі розпочалось формування бригад лікарів загальної практики (терапевтів і педіатрів), реформувались стаціонари, проводилась підготовка сімейних лікарів, на четвертому – розпочалась робота лікарів загальної практики.

Тепер в області працюють декілька різних організаційних структур, де запроваджено надання ПМСД на засадах сімейної медицини, а саме: поліклініка лікарів загальної практики, відділення сімейної медицини, міські та сільські амбулаторії сімейного лікаря, сімейні дільниці в міських поліклініках та на базах дільничних лікарень.

В області функціонує також поліклініка лікарів загальної практики ТМО № 2 м. Житомира, відділення сімейної медицини та амбулаторія сімейного лікаря в обласному лікувально-профілактичному центрі (ОЛПЦ) "Здоров'я", амбулаторії сімейного лікаря в селах Вереси та Василівка Житомирського району, дві сімейні дільниці в поліклініці для дорослих у м.Новоград-Волинському та подібні в селі Кікова Новоград-Волинського району та смт. Корнін Попільнянського району.

Станом на 01.12.1999р. в області вже працюють 45 лікарів загальної практики. Базою передового досвіду з упровадження сімейної медицини є Житомирський обласний лікувально-профілактичний центр "Здоров'я", в складі якого функціонує медико-санітарна частина "Електровимірювач" відкритого типу, де зорганізовано відділення сімейної медицини з амбулаторією, а заступник головного лікаря призначений обласним позаштатним спеціалістом з сімейної медицини.

Реформування дільничної мережі в ОЛПЦ "Здоров'я" також проводиться поетапно, починаючи з 1993 р. Перший етап – 1993 р. – розширення на базі терапевтичного та педіатричного відділень функцій дільничних лікарів-терапевтів і педіатрів із постійним залученням їх до впровадження нових елементів діагностики, лікування і диспансеризації хворих, у тому числі й нетерапевтичного профілю. При цьому підвищилася професійна кваліфікація лікарів-фахівців у зв'язку зі звільненням їх від первинного медичного обслуговування. Обсяг і складність втручань при більшості захворювань наближені до стаціонарних. Другий етап – 1994–1995 рр. – організаційне об'єднання терапевтичного та педіатричного відділень, жіночої консультації в акушерсько-педіатрично-терапевтичний комплекс (АПТК).

Третій етап – з 1996 р. – поступовий перехід до єдиного лікаря загальної практики (сімейного лікаря), перерозподіл обсягу і змісту функцій між лікарями первинної медичної допомоги.

Сьогодні сімейні лікарі-терапевти обслуговують дітей з п'ятирічного віку, а в подальшому планується поступовий перехід до обслуговування дітей від народження. Сімейні лікарі-педіатри повністю переходять на обслуговування всієї сім'ї незалежно від віку. Крім того, сімейними лікарями проводиться медичне обслуговування та диспансеризація підлітків.

Одним із основних моментів переходу до обслуговування населення на засадах сімейного лікаря є його професійна підготовка. Тому, згідно з наказом управління охорони здоров'я Житомирської обласної держадміністрації "Про впровадження сімейної медицини у Житомирській області" від 27.04.95 №104 було затверджено програму підготовки лікарів дільничної мережі на трьохрічному очно-заочному циклі.

Впродовж 1995–1998 рр. закінчили навчання на цьому циклі 46 спеціалістів, на першому році навчання перебувають – 26 чоловік, другому – 78, третьому – 41. Крім того, підвищення кваліфікації лікарів проводилось на:

– одномісячних курсах інформації та стажування при кардіологічному, неврологічному, хірургічному відділеннях, а також відділеннях функціональної діагностики, жіночих консультаціях;

– сумісних прийомах із "вузькими" спеціалістами;

– сумісному веденні хворих нетерапевтичного профілю в денних стаціонарах;

– лікарських конференціях, днях спеціаліста, засіданнях товариств, де з лікарями проводять заняття досвідчені спеціалісти різних служб, лікувально-профілактичних закладів, державної санепідслужби;

– засіданнях експертної комісії, в яких брали участь головні спеціалісти управління охорони здоров'я;

– курсах підготовки сімейних лікарів при вищих навчальних закладах України.

Сімейні лікарі області сьогодні беруть на себе 50–70% активних викликів. Ними ведеться також первинний прийом хворих нетерапевтичного профілю (неврологічних, отоларингологічних, офтальмологічних, хірургічних, вагітні тощо), Вивільнення лікарів вузьких спеціальностей від первинного медичного обслуговування, що відбувається при цьому, дає їм можливість і час надавати спеціалізовану медичну допомогу, обсяг якої наближається до стаціонарної. Сімейні лікарі ведуть своїх хворих у денних і домашніх стаціонарах.

Як результат, рівень госпіталізації в стаціонари на 100 осіб знизився з 22,1 в 1994 р. до 16 в 1999, а, наприклад, в ОЛПЦ "Здоров'я" – з 22,4 до 6,6 відповідно. Рівень госпіталізації в денні лікарняні та домашні стаціонари збільшився з 3,4 до 7,8 на 100 осіб.

Перехід лікаря до загальної практики, зокрема на організацію ПМСД на засадах лікаря загальної практики, потребує часу і залежить як від професійної підготовки таких лікарів вищими медичними навчальними закладами, перепідготовки лікарів інших спеціальностей, так і правового забезпечення їхньої праці тощо.

Безумовно, рівень сімейної медицини в області не такий, як хотілося б. Тому затверджена програма "Житомирщина–2010", згідно з якою до 2010 р. планується підготувати 969 сімейних лікарів, організувати надання ПМСД на засадах сімейного лікаря на території всієї області. Вже сьогодні в області проводиться розукрупнення дільниць, а, наприклад, у м.Новоград-Волинському більшість дільничних лікарів живуть на своїх дільницях.

Серед проблем, що заважають швидкому впровадженню сімейної медицини, відзначимо:

1) професійну непідготовленість лікарів і середніх медичних працівників до надання медичної допомоги в амбулаторних умовах;

2) неспроможність самого населення вирішувати проблеми свого здоров'я не з вузькими спеціалістами, а з сімейними лікарями;

3) відсутність необхідної законодавчої бази;

4) невідпрацьованість системи забезпечення

житлом на закріпленій ділянці та диференційованою зарплатнею сімейного лікаря.

Оплата праці сімейного лікаря, на наш погляд, має залежати від кількості закріпленого населен-

ня обсягу та якості медичної допомоги (надає лікар чи ні невідкладну допомогу, чи робить малі хірургічні операції, маніпуляції тощо); особливостей та розміру території, що обслуговується.

ОПЫТ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

З.М.Парамонов, В.Й.Шатило, В.И.Хренов (Житомир)

Приведены данные исследования демографической ситуации в Житомирской области, свидетельствующие о том, что в настоящее время не происходит природное воспроизведение населения. В реформировании ПМСП усматривается средство преодоления данной ситуации. Предложено перечень конкретных организационных мероприятий относительно этого, проанализовано реальное состояние, материально-техническое и кадровое обеспечение (в том числе виды подготовки медицинских работников и повышения их квалификации), инфраструктуру, содержательность этапов реформирования ПМСП в области путем ее интенсификации.

Детально описаны этапы внедрения с 1992 г. семейной медицины, различных организационных структур, где уже внедрена ПМСП на началах практики семейного врача, правовое обеспечение. Акцентируются проблемы, препятствующие внедрению семейной медицины.

EXPERIENCE TO REFORM THE PRIMARY UNIT OF PUBLIC HEALTH IN ZHYTOMIR REGION

Z.M.Paramonov, V.Y.Shatilo, B.I.Hrenov (Zhytomir)

Research data on the demographic situation in Zhytomir region testify that the natural population reproductivity are not occurring. Reforming the primary health care (PHC) is regarding as solution to overcome difficulties. A list of concrete concerning activities heeding questions of logistics and staff provision (including forms of training the medical workers and of improving their qualification), infrastructure, quality of PHC reformation by the intensification method have been presented.

The family medicine while its implementation from 1992 y. has been described and various PHC organizational structures and their legal provision as well. The authors emphasize obstacles for the family medicine implementation.

УДК 614.23/.25

А.М.НАГОРНА, Г.М.МОСКАЛЕЦЬ, А.Л.КАРЛОВА, В.Б.ПОДРУШНЯК (Київ)

МЕТОДИКА РОЗРОБКИ КВАЛІФІКАЦІЙНИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ЛІКАРСЬКІ ПОСАДИ

Український інститут громадського здоров'я

Кваліфікаційна характеристика є стандартом професійної компетентності спеціаліста, основою для розробки посадових інструкцій працівників, що визначають їх завдання, обов'язки, права та відповідальність, підготовки положень про структурні підрозділи, здійснення контролю за правильною систою використання персоналу згідно з професією,

фахом, кваліфікацією, а також проведення відповідних атестацій.

Стандарти професійної компетентності медичних і фармацевтичних працівників повинні гарантувати високу якість надання медичної та фармацевтичної допомоги населенню України. Вони розробляються на основі чинного законодавства

про охорону здоров'я та освіту, враховуючи положення основного закону держави – Конституції України.

На сучасному етапі в Україні, як і в інших нових незалежних державах, здійснюється приведення управлінської нормативно-правової документації взагалі та номенклатури лікарських посад і кваліфікаційних характеристик на посади, зокрема, до міжнародного стандарту [1,2,3]. При цьому мають на меті:

- систематизацію статистичних даних з праці за професійними ознаками та міжнародним стандартом; підготовку їх для періодичних оглядів із статистики праці, що розробляються Міжнародною організацією праці (МОП);

- використання національних даних на міжнародному рівні щодо чисельності робітників, зайнятості, доходів, охорони праці, перепідготовки кадрів, що звільняються;

- підготовку і приймання рішень стосовно міжнародної міграції, створення робочих місць і працевлаштування [4].

Міжнародним стандартом з цього питання є Міжнародна стандартна класифікація професій 1988 р. (ISCO-88 – International Standard Classification of Occupations/ILO, Geneva), яку Міжнародна конференція статистики праці МОП рекомендувала для переведення в систему ISCO-88 національних даних. В основі ISCO-88 лежить концепція про роботу і кваліфікацію. Згідно з цією концепцією лікарі різних спеціальностей належать до груп "Спеціалісти-професіонали" і "Спеціалісти та допоміжний персонал".

У першу групу входять професії, що потребують від спеціаліста-професіонала кваліфікації за дипломом про вищу освіту, що відповідає рівню спеціаліста, магістра, а також за дипломом про присудження вченого ступеня або затвердження вченого звання. Ці професії передбачають заняття високого рівня професійних знань, що сприяє збільшенню їх обсягу, розвитку і використанню на практиці наукових теорій і методів, створенню творів і художніх образів.

Друга група охоплює професії, що потребують кваліфікації за дипломом про освіту відповідно рівню молодшого спеціаліста і бакалавра, виконання завдань на основі технічних знань і досвіду з природознавчих, технічних і гуманітарних наук [3,4].

На підставі ISCO-88 в Україні розроблено і діє як частина Державного класифікатора України Класифікатор професій ДК 003-95 (КП), у якому всі професії (посади) лікарів віднесено до розділів "Професіонали" і "Фахівці" та класифіковано за кодами і назвами класифікаційних угруповань (розділів, підрозділів, класів, підкласів і груп професій) [3].

Зміни та доповнення до назв посад заносять до КП тільки після схвалення і затвердження у відповідних інстанціях на основі позитивної оцінки експертів самої назви посади та кваліфікаційної характеристики на цю посаду.

Отже, кваліфікаційна характеристика на посаду може бути введена в дію тільки після внесення назви посади в КП.

Виходячи з цього, методика розробки кваліфікаційних характеристик на лікарські посади складається з кількох етапів.

I етап – подання до МОЗ України від медичних організацій, закладу або установи пропозиції щодо введення нової посади до номенклатури МОЗ. До цього додають заяву, обґрунтування посади, характеристику на посаду.

II етап – приведення у відповідність міжнародному стандарту і структурі КП назви посади лікаря, на яку розробляється кваліфікаційна характеристика.

Цей етап складається з визначення назви посади, її обґрунтування; проведення лінгвістичної експертизи назви посади; приведення назви посади до міжнародного стандарту; визначення місця посади в Класифікаторі професій; визначення кодів розділів, підрозділів, класів, підкласів та груп КП, до яких ця посада має бути віднесена.

III етап – віднесення назви посади до номенклатури лікарських посад МОЗ України. Це здійснюється через узгодження з фахівцями МОЗ України та затвердження Міністром охорони здоров'я України.

IV етап – віднесення назви посади в КП; здійснюється через узгодження з фахівцями Міністерства праці та соціальної політики України згідно з Положенням про ведення Державного класифікатора України ДК 003-95. Після узгодження назва посади подається через Мінпраці та соціальної політики України до Комітету України з питань стандартизації, метрології та сертифікації для включення її до КП.

Після одержання документів про те, що в КП внесено посаду, вона вже стає чинною.

V етап – розроблення на посаду одночасно з проведенням роботи 2-го та 3-го етапів кваліфікаційної характеристики за положеннями методичних рекомендацій Мінпраці України [5]. Назва посади також потребує узгодження і затвердження у зазначених інстанціях.

Кожна кваліфікаційна характеристика має такі розділи: завдання та обов'язки; повинен знати; кваліфікаційні вимоги; спеціалізація. Останній розділ непостійний; вводиться до кваліфікаційної характеристики в тому разі, якщо професія дозволяє розподіл праці за напрямками спеціалізації. При цьому визначається можлива функціональна спрямованість працівника за спеціальністю [5].

У розділі "Завдання та обов'язки" подається опис основного завдання професійної діяльності за допомогою ключових слів у певній послідовності, що передають її найхарактерніші ознаки. Наприклад: проводить обстеження (стану здоров'я пацієнта); діагностує (хвороби, відхилення, розлади); застосовує (запобіжні чи лікувальні засоби, прийоми, процедури); призначає (приписи, ліки, процедури); рекомендує (методи і методики лікування); консультує (з приводу); використовує (сучасні засоби лікування); веде (лікарську документацію); готує (звіти); бере участь (у розробці концепцій, підходів, проведенні оперативних процедур).

У розділі "Повинен знати" визначається залежно від професійних завдань та обов'язків обсяг необхідних знань професійного характеру. Кваліфікаційні характеристики також повинні мати посилання на провідні документи галузі та розділи законодавства, інструктивні матеріали та правила, знання яких є обов'язковими. Крім того, до їх складу повинен входити опис основних завдань та обов'язків, що найчастіше зустрічаються. Конкретний зміст, обсяг і порядок їх виконання на кожному робочому місці встановлюються безпосередньо в установах та організаціях посадовими інструкціями, контрактами та іншими документами.

У розділі "Кваліфікаційні вимоги" визначаються мінімальні основні кваліфікаційні вимоги до спеціаліста, що обіймає відповідну посаду. Залежно від виконуваних професійних завдань та обов'язків він повинен містити визначення: рівня освіти; кваліфікації за дипломом (іншим документом про освіту); стажу роботи; необхідності ліцензування, реєстрації чи одержання відповідного дозволу на професійну діяльність (виконання робіт).

У визначенні рівня освіти вказують науковий ступінь чи наукове звання, вищу освіту (III–IV рівнів акредитації). Для визначення кваліфікації за дипломом (іншим документом) використовують шкалу вимог, що характеризує рівень необхідної кваліфікації працівника: доктор наук чи професор; кандидат наук, доцент чи старший науковий співробітник; магістр, спеціаліст (визначається професія за фахом).

Вимоги до стажу роботи встановлюються з урахуванням кола та складності професійних завдань і обов'язків, які є достатніми для набуття професійного досвіду та навичок роботи.

У кваліфікаційних характеристиках опис завдань і обов'язків починається з визначення такого обов'язку, як "...лікар-спеціаліст керується чинним законодавством з охорони здоров'я та нормативними актами, що регламентують діяльність установ і закладів охорони здоров'я", опис необхідних знань – "чинне законодавство з охо-

рони здоров'я та нормативні акти, що регламентують діяльність установ і закладів охорони здоров'я". Зараз, коли дуже швидко змінюються вимоги до медичних працівників згідно з новими законами та нормативними актами, ці узагальнюючі положення кваліфікаційних характеристик набувають особливого значення, зумовлюють діяльність працівників у мінливих умовах. Далі йде перелік поглиблених завдань і необхідних знань відповідно до посади працівника, що деякою мірою відповідає положенням кваліфікаційних характеристик на лікарські спеціальності, визначені наказами МОЗ України про проходження атестації за категоріями.

У характеристиці рівня освіти в розділі "Кваліфікаційні вимоги" використовуються дані про напрями, спеціальність та освітньо-кваліфікаційний рівень, за яким здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації, що затверджено Постановою Кабінету Міністрів від 24 травня 1997 р. № 507.

До напрямів підготовки фахівців у вищих навчальних закладах належить медицина та фармація, а до медицини – такі спеціальності, як "Лікувальна справа", "Педіатрія", "Медико-профілактична справа", "Стоматологія", до освітньо-кваліфікаційних рівнів - спеціаліст і магістр за наведеними спеціальностями.

Перелік спеціальностей випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації після навчання в інтернатурі (наказ МОЗ України від 06.03.96 №50) є основою для складання характеристики кваліфікації за дипломом про освіту. Він складається з 52 спеціальностей, у тому числі з п'яти основних спеціальностей (лікувальна справа – 22 спеціальності; педіатрія – 12 спеціальностей; медико-профілактична справа, стоматологія та фармація – відповідно 10; 6 та 1 спеціальності).

Головним є те, що всі посади лікарів охорони здоров'я України віднесено до розділу "Професіонали", за винятком таких посад як, лікар-інтерн, лікар-стажист та провізор-інтерн. Вони входять до розділу "Фахівці", до якого належать спеціалісти, які проходять післядипломну підготовку (стажування, інтернатуру тощо).

У розділі "Кваліфікаційні вимоги" передбачено характеристику працівників за кваліфікаційними категоріями (друга, перша та вища), які надаються за бажанням лікарів за якісні показники їхньої роботи з урахуванням проходження курсів спеціалізації, вдосконалення та інших форм підвищення кваліфікації.

VI етап - віднесення кваліфікаційної характеристики на посаду до Довідника кваліфікаційних характеристик посад медичних працівників охорони здоров'я України.

Кваліфікаційні характеристики на лікарські посади передбачається вдосконалювати відповідно до розвитку медицини та системи охорони здоров'я, зокрема, а також вимог Міністерства праці та соціальної політики України в разі їх зміни.

Список літератури

1. *Довідник* кваліфікаційних характеристик професій працівників. –Краматорськ: Центр продуктивності, 1998. – 282 с.
2. *Квалификационный справочник* должностей работников здравоохранения, службы социальной защиты населения, физической культуры и спорта. –М.: М-во труда Рос. Федерации, 1995. –36 с.
3. *Класифікатор* професій ДК 003-95. –К.: Держстандарт України, 1995. –412 с.
4. *International Standard Classification of Occupations*. –Geneva, 1988. –427 с.
5. *Методичні рекомендації* щодо розроблення Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. – К.: М-во праці України, 1996. –30 с.

МЕТОДИКА РАЗРАБОТКИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ВРАЧЕБНЫЕ ДОЛЖНОСТИ

А.М.Нагорна, Г.М.Москалец, А.Л.Карлова, В.Б.Подрушняк (Киев)

Приведена методика разработки квалификационных характеристик на врачебные должности в современных условиях. Описаны шесть этапов разработки квалификационных характеристик: I – представление в Минздрав Украины от медицинских организаций или учреждений предложений о вводе новой врачебной должности (НВД) в отраслевую номенклатуру должностей; II – приведение наименований НВД в соответствие с международным стандартом; III – включение НВД в номенклатуру врачебных должностей Минздрава Украины; IV – включение НВД в Классификатор профессий ДК 003-95; V – разработка одновременно с проведением работ II и III этапов квалификационной характеристики НВД соответственно методическим рекомендациям Министерства труда и социальной политики Украины с учетом отраслевых особенностей; VI – включение квалификационной характеристики на НВД в Справочник квалификационных характеристик должностей медицинских работников здравоохранения Украины. По каждому этапу приведены перечни работ.

METHODS TO ELABORATE QUALIFICATIONAL CHARACTERISTICS OF PHYSICIAN POSITIONS

A.M.Nahorna, H.M. Moskalets, A.L. Karlova, V.B. Podrushnyak (Kyiv)

The methods to elaborate qualification characteristics on physician positions in present time are adduced. The six working stages of this process were performed. I – the submission of propositions to the Health Ministry of Ukraine from the medical organizations or institutions to introduce the New Physician Position (NPP) to the register of branch incumbents; II – to take the denominations of the NPP according to International Standards; III – insertion of the NPP to the incumbents register of physicians of the Health Ministry of Ukraine; IV – insertion of the NPP to the Occupations Classifier PC 003-95; V – elaboration of the qualification characteristic of the NPP working simultaneously under 2 and 3 stages according to methodologic recommendations of the Ministry of Labour and the social Ukrainian policy, taking into account the branch peculiarities; VI – insertion of the qualification characteristic of the NPP to the Reference Book of Branch Incumbents of the PHS. The list of work on each level is adduced.

УДК 614.2:001.8

М. П. ДЕЙКУН (Чернігів)

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ЧІТКОГО ОЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ І ПОНЯТЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Міська лікарня № 3

Значне погіршення демографічної ситуації і здоров'я населення в нашій країні спонукає до пошуку причин і шляхів попередження подальшого поглиблення кризи. Помічено, що поряд з соціальними, екологічними, біологічними та медичними чинниками значну роль в досягненні кінцевої мети діяльності системи охорони здоров'я – збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення – відіграють наукові підходи до організації функціонування існуючої системи, а також визначення суттєвого навантаження основних понять, категоріального апарату, котрим послуговуються в процесі організації системи, медичній діяльності, наукових дослідженнях та щоденному вжитку. Насамперед це стосується найпоширеніших і часто вживаних термінів, таких як "охорона здоров'я" ("здравоохранение"), "профілактика", "медицина", "медична допомога", "лікарювання" ("врачевание") та ін.

Однак, як засвідчує аналіз фахових літературних джерел, до цього часу в таких визначеннях вказаних термінів відсутнє чітке навантаження. Спостерігається наявність ідентичних по суті і різних за значенням термінів і їх визначень. Це призводить, з одного боку, до того, що в практиці вони вживаються не завжди доречно, а з іншого боку, негативно впливає на процес організації систем різних за функціонально-структурним і цільовим призначенням. Зокрема, це має прямий стосунок до систем, призначенням яких є забезпечення збереження, зміцнення (система охорони здоров'я) та відновлення (система медичної допомоги) здоров'я населення.

Крім того, результати науково-метричного аналізу первинних матеріалів, направлених в проблемну комісію МОЗ та АМН України "Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я" за 1995–1998 роки, засвідчують, що в державі недостатньо проводяться фундаментальні дослідження організації діяльності та шляхів реформування охорони здоров'я на новому історичному етапі державотворення [7].

Відтак проведення реформи в галузі охорони здоров'я потребує поряд з іншими аспектами і чіткого визначення основних функціональних понять. Розкриття їх змісту – це "ідеологічна" частина реформи, її "філософія". На жаль, у визначенні наведених вище понять існує плутанина, котра значно ускладнює відповідь на запитання: що ж ми повинні реформувати? Чи систему охорони здоров'я загалом як окрему галузь народного господарства, чи якусь її підсистему, зокрема медичної допомоги. Відповідь на це значною мірою залежатиме від того, що ми розуміємо під тим чи іншим поняттям, який зміст вкладаємо в нього. Все це значно сприятиме більш конкретному визначенню напрямів і завдань передбачуваних реформ.

На початку ХХ ст. існувало два достатньо різних шляхи в системі охорони здоров'я – один у напрямку подолання захворювань у окремих пацієнтів, другий – боротьби з хворобами різного роду контингентів [6]. Тобто, перший з них – це надання допомоги хворій людині, а другий – попередження виникнення захворювань у здорових контингентів. Згодом понятійна межа між цими напрямками поступово звузилася, що і спричинило плутанину. Про це йдеться в роботах деяких авторів. Зокрема, В.П. Петленко, Г.І. Царгородцев (1979) справедливо зауважують, що "в структурі медичної діяльності закладено певне внутрішнє протиріччя – потреба в ній має суспільний характер..., а задоволення цієї потреби здійснюється індивідуально" [9]; П.П. Денисенко, Л.Є. Анисимова, Г.П. Макарова (1982) стверджують, що "своїм принципом сьогодняшня медицина проголосила охорону здоров'я" [5]; О.М. Голяченко (1996) наголошує, що коли дивитись на практичну медицину як "на процес, то це та медична допомога, яка щодня надається сотням тисяч хворих в амбулаторіях, поліклініках і лікарнях нашої держави. Якщо уявити практичну медицину як структуру, то це розгалужена система медичних закладів первинного, вторинного і третинного рів-

нів, об'єднаних єдиною метою – зберегти і примножити здоров'я пацієнтів”[3].

Значні розходження у тлумаченні зазначених понять (термінів) знаходимо і в джерелах наукової літератури та основних законодавчих актах. Зокрема, у ВМЕ (1974 – 1988) вказано:

– “охорона здоров'я – система соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберегти і підвищити рівень здоров'я кожної людини і населення загалом”;

– “медицина – система наукових знань і практичної діяльності, мета якої – зміцнення і збереження здоров'я, продовження життя людей, попередження і лікування хвороб людини”;

– “допомога медична – в широкому значенні узагальнювальна назва всіх видів медичної допомоги, в тому числі лікувального і профілактичного призначення. Поняття медичної допомоги охоплює також заходи первинної і вторинної профілактики”;

– “профілактика – система державних, соціальних, гігієнічних і медичних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я і попередження хвороб. Профілактика – провідний розділ медицини”[2].

У Словнику російської мови С.І. Ожегова (1989) подаються наступні тлумачення:

– “медицина – сукупність наук про здоров'я і хвороби, про лікування і попередження хвороб, а також практична діяльність, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я людей, попередження і лікування хвороб”;

– “медична допомога – лікувально-профілактичні заходи, що здійснюються при хворобах, травмах, отруєннях, а також під час пологів”;

– “профілактика – сукупність попереджувальних заходів, спрямованих на збереження й зміцнення нормального стану, порядку”[8].

У діючих Основах законодавства України про охорону здоров'я (1992) вказується, що “охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя”.

В Основах чомусь відсутнє визначення поняття медичної допомоги, а подане тлумачення поняття медико-санітарної допомоги, що зводиться до “комплексу спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобіганню захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів”.

Принаймні, представлені з різних джерел визначення понять (термінів) охорони здоров'я, ме-

дицини та медичної допомоги охоплюють, поряд з іншими, ідентичні суттєві навантаження, які декларують збереження, зміцнення і відновлення (лікування) здоров'я населення в цілому і кожної людини окремо, тобто профілактику та лікування.

Відомі й інші тлумачення понять, наприклад, “медицина – лікарювання, лікарська наука чи лікарське мистецтво, ліки” [4]. Вони свідчать про те, що медицина і лікарювання повинні належним чином забезпечити людину медичною допомогою, тобто діагностикою, лікуванням (зціленням) хворої людини, допомагати ліками у випадку виникнення у неї хвороби.

Існує протиріччя між змістом і формою медичної діяльності вічне й не змінне, оскільки індивідуальна її спрямованість є ознакою лише однієї історичної форми медичної діяльності, поряд з якою існує достатньо давня, суспільно спрямована форма, що мала на меті не стільки лікування, скільки саме охорону здоров'я.

В сучасних умовах, коли йдеться про демографічну катастрофу, депопуляцію населення [1] і значне погіршення громадського здоров'я, а традиційні підходи до вирішення нагальних проблем не спрацьовують, виникла потреба в нових, більш сучасних і, головне, ефективних організаційних важелях, шляхах та напрямках розвитку системи охорони здоров'я. Це передбачає повернення до визначення термінів і понять, що використовуються в галузі охорони здоров'я і медичної допомоги як складників (підсистем) системи охорони здоров'я.

Дані наукової літератури свідчать, що протягом останніх десятиліть деякі автори намагались обґрунтувати принципові, корінні відмінності між підсистемами охорони здоров'я, підкреслюючи при цьому, що власне охорона здоров'я – це вид діяльності, спрямований не на конкретну людину, а до деякого абстрактного індивідууму, в той час як медична допомога – до конкретного пацієнта [10].

Поділяємо думку щодо суттєвого навантаження терміну “медицина” (“медична допомога”) як сфери діяльності системи, мета функціонування якої – визначення стану здоров'я людини і надання допомоги хворим, а вихідний об'єкт – пацієнт (людина з відхиленням у стані здоров'я від норми або така, яка хоче встановити наявність у неї таких відхилень), а також “охорона здоров'я” – предмет діяльності системи, мета функціонування якої – попередження виникнення (первинна профілактика) відхилення в стані здоров'я населення від норми і, як наслідок, об'єктом впливу є не окрема людина, а ціла сукупність (популяція) людей.

Про наявність суттєвих відмінностей у визначенні понять охорони здоров'я і медичної допомоги свідчить ціла низка об'єктивних функціонально-структурних ознак.

Виходячи із причинно-наслідкового обґрунтування виникнення сучасних хвороб, діяльність системи охорони здоров'я населення повинні забезпечувати спеціалісти зі сфери соціології, економіки, екології й охорони природи, санітарії та гігієни (епідеміологія, гігієна харчування, комунальна гігієна, гігієна праці), фізичної культури і спорту та ін. Основу структури системи охорони здоров'я, відтак, повинні складати відповідні служби – соціальні, санітарно-гігієнічні, екологічні, природоохоронні, фізкультурно-оздоровчі, економічні тощо.

Повнокровну діяльність системи медичної допомоги покликані забезпечувати спеціалісти-професіонали з медичною освітою, які володіють медичними технологіями, що включають діагностику, лікування і вторинну (медичну) профілактику. Отже, при цьому виникає необхідність уточнення стосовно профілактики, яка здійснюється в системі медичної допомоги. Її справедливо називають медичною, або вторинною, вона – невід'ємна частина медичних технологій, індивідуальна, спрямована на попередження виникнення загострень або ускладнень у хворих з хронічними захворюваннями. Відповідно і структуру системи медичної допомоги повинні складати медичні (лікарні, поліклініки, диспансери, медсанчастини тощо), санаторно-курортні та аптечні заклади.

Про відмінності у функціонально-структурному призначенні систем охорони здоров'я свідчить і використання ними в своїй діяльності різних показників. Так, система охорони здоров'я оперує такими показниками, як: чисельність і склад населення, його природний рух, індекс здоров'я, первинна профілактика, загальна та дитяча смертність, смертність осіб працездатного віку, народжуваність, середня тривалість життя, захворюваність населення, а система медичної допомоги – зовсім іншими показниками: пацієнт, скарга, симптом, діагностика, діагноз, хвороба, лікування, медична (вторинна) профілактика, лікарські засоби тощо.

Отже, розглядаючи людину і людство з позицій логіки, доходимо висновку, що об'єкт і предмет вивчення медицини – організм людини і, зрештою, такі предметні його властивості, як хвороба, хворобливість, патологічний стан [9], а науки про охорону здоров'я – сукупність (популяція) людей, населення держави, окремого регіону чи населеного пункту.

Загальний висновок зводиться до того, що повинно існувати дві системи. Мета однієї – забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження виникнення змін у його стані шляхом реалізації заходів первинної профілактики, тобто власне система охорони здоров'я, другої – забезпечення визначення стану здоров'я людини та відновлення її втраченого здоров'я

шляхом проведення діагностичних, лікувальних і медичних реабілітаційних заходів, тобто система медичної допомоги.

Вважаємо, що на сучасному етапі розвитку суспільства необхідно визначитися в межах компетенції обох систем, уточнити їх окремі структурні підрозділи (підсистеми) і їхнє функціонально-цільове призначення. Немає заперечень проти того, щоб розглядати систему медичної допомоги як підсистему системи охорони здоров'я при умові чіткого визначення мети та критеріїв оцінки її діяльності, призначення, структури. Окремі автори наголошують, що "фактично медицина – один із компонентів суспільної охорони здоров'я..."[6].

Узагальнення науково-практичного досвіду і власних наукових розробок, аналізу ситуації, що склалася в галузі охорони здоров'я, та дані літературних джерел, дали підставу запропонувати дещо відмінні від існуючих тлумачення окремих понять, зокрема:

– охорона здоров'я населення – це комплекс державних і регіональних нормативно-правових, фінансово-економічних, громадських, соціально-оздоровчих, природоохоронних, біологічних, суспільних, санітарно-гігієнічних і медичних заходів, що реалізуються державною системою охорони здоров'я, спрямованою на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я людини, збільшення тривалості й підвищення якості її майбутнього життя, створення вмотивованої особистої потреби бути здоровим і корисним суспільству;

– медична допомога – це комплекс професійно-діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення хвороб, відновлення втраченого здоров'я, попередження виникнення загострень, ускладнень і подовження періоду ремісії в перебігу хронічних захворювань пацієнта;

– профілактика первинна (соціальна) – комплекс державних і регіональних соціально-економічних, санітарно-гігієнічних, екологічних, природоохоронних та медико-біологічних заходів, спрямованих на попередження виникнення хвороб, забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення;

– профілактика вторинна (медична) – комплекс медичних (лікувальних і реабілітаційних) заходів, спрямованих на подовження періоду ремісії, попередження виникнення загострень та ускладнень в перебігу хронічних захворювань у пацієнта.

Наведене, на наш погляд, більше відповідає вимогам системного підходу, сучасного менеджменту та соціальної медицини, практичним завданням системи охорони здоров'я та її підсистеми (системи) медичної допомоги.

Терміни "охорона здоров'я", "медична допомога" і "профілактика" мають кожний своє індиві-

дуальне та присутнє навантаження. Правильне їх тлумачення буде сприяти науковообґрунтованій організації та ефективній діяльності систем охорони здоров'я і медичної допомоги щодо забезпечення збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення.

Список літератури

1. Бобров В.О., Дорогой А.П. Оцінка здоров'я населення України з позицій потенціальної демографії та шляхи можливого впливу на його показники // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1996. – № 3–4. – С. 168–170.
2. Большая медицинская энциклопедия: В 30 т. – М.: Сов. энциклопедия, 1974–1988. – Т. 8. – С. 355–429; Т. 14. – С. 3; Т. 20. – С. 248–249; Т. 21. – С. 250.
3. Голяченко О.М., Через самоусвідомлення і працю – до відродження і ут-вердження // Практик. медицина. – 1996. – №1–2. – С.4–6.
4. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. – М.: Русский язык, 1995. – Т. 1. – С. 260; Т.2. – С. 312.
5. Денисенко П.П., Анисимова Л.Е., Макарова Г.П. Здоровье, болезнь, медицина // Вестн. АМН СССР. – 1982. – №4. – С. 33–37.
6. Милтон И., Ремер. Значение терминов "социальная медицина" и "общественное здравоохранение" // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1994. – №2. – С. 37–39.
7. Москалец Г.М., Подрушняк В.Б., Карлова А.Л. та ін. Напрями соціально-гігієнічних досліджень в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 144 – 149.
8. Ожегов С.И. Словарь русского языка. – М.: Русский язык, 1989. – 924с.
9. Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Философия медицины. – К.: Здоров'я, 1979. – 232с.
10. Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Историческое содержание и тенденции развития принципов социалистического здравоохранения // Вестн. АМН СССР, 1982. – №4. – С. 3–10.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ БОЛЕЕ ЧЕТКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Н.П. Дейкун (Чернигов)

Представлено научно-практическое обоснование индивидуального толкования терминов "здравоохранение", "медицинская помощь", "медицина", "профилактика" и др., широко используемых в сфере здравоохранения. Доказано, что подмена одного понятия другим отрицательно сказывается на формировании и организации деятельности систем здравоохранения и медицинской помощи, что, в свою очередь, приводит к бесконтрольной динамике социальных процессов, ухудшению демографической ситуации и состояния здоровья населения.

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION FOR NECESSITY TO DEFINE CLEARLY THE MEANING OF TERMS AND NOTIONS, WHICH ARE USED IN ORGANIZATION OF PHS

N.P. Deykun (Chernihiv)

The scientific substantiation for individual interpretation of terms "health protection", "medical service", and other terms, which are widely used in the sphere of health protection has been represented. It is proved that substitution of one notion for another affects adversely forming and organization of activity of corresponding system of "health protection" and of "medical service", that leads to uncontrolled dynamics of social processes, and to worsening of demographic situation and the state of population's health.

УДК 616.248-053.2-02+614.7:611/612

М. П. КОВАЛЬЧУК

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ КОНТИНГЕНТУ ДІТЕЙ З РИЗИКОМ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА ПРОФІЛАКТИКУ ЦЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

Київське медичне училище № 3

Здоров'я людини формується в ранньому дитинстві і визначається як віковими особливостями зростаючого організму, так і впливом на нього навколишнього середовища. Суттєвою умовою здоров'я кожної людини, як і здоров'я населення загалом, є стан динамічної рівноваги між організмом і навколишнім середовищем [4, 5, 11].

В епоху античності людину уявляли як синкретичну єдність, злиття, нероздільність з навколишньою природою не тільки за походженням, а й за внутрішньою суттю [9, 12].

Академік О.О.Богомолець у своїй концепції про цілісність організму наголошував, що у людини біологічне і соціальне нерозривно пов'язані між собою, і соціальне впливає на регулюючу дію, процеси в її організмі [11].

Здоров'я – інтегральний показник, який відображає біологічні характеристики дитини, умови виховання, освіти, її життя в сім'ї, якість навколишнього природного середовища, соціально-економічний стан країни, рівень розвитку медичної допомоги і, кінцем кінцем ставлення держави до проблем материнства і дитинства [8, 18]. Для збереження здоров'я дітей важливо знати закономірності його формування, з урахуванням впливу умов і чинників реального життя [4, 6, 16].

Навколишнє природне середовище забезпечує нормальний хід фізіологічних процесів в організмі людини. Лише у випадку катаклізматичних змін, які відбуваються в природі, чи в аномальних природних регіонах, а також у разі забруднення навколишнє середовище негативно впливає на здоров'я людини, її життєдіяльність [4, 7, 14], зумовлює погіршення функціонального стану і фізичного розвитку дітей, підвищення рівня поширеності захворювань, потяжання їх перебігу [17].

Людина з початку ембріонального розвитку і до кінця життя підпадає під вплив різних елементів навколишнього середовища. А оскільки дитячий організм має недостатньо розвинуті компенсаторно-приспосувальні механізми, він дуже чут-

ливий до дії біотичних і абіотичних несприятливих чинників довкілля [6, 16, 20].

Велику роль у розвитку патологічних станів у дітей відіграє чутливість їхнього організму до екопатогенів; чим менша дитина, тим більше її організм чутливий до патогенних чинників зовнішнього середовища [4, 15, 17, 20]. Відомо, що чутливість організму до ксенобіотиків та іонізуючого випромінювання максимальна в пре- і постнатальному періодах онтогенезу. Прямим наслідком цього є затримка морфо-функціонального розвитку дитини, особливо її нервової та імунної систем, чи збільшення частоти алергічних реакцій [4, 8, 24].

Алергічні захворювання наносять значні збитки економіці країни, тому зменшення кількості хворих на алергічні захворювання є важливою медико-соціальною і гігієнічною проблемою [4, 6, 12, 24].

Особливу стурбованість останнім часом викликає зростання рівня поширеності в усьому світі такої тяжкої інвалідизуючої хвороби, як бронхіальна астма (БА), збільшення інвалідності з дитинства і смертності, зумовлене цією хворобою [1, 2, 3, 13, 19]. Незважаючи на глибокі фундаментальні дослідження тонких механізмів бронхоспастичної реакції, розробку нових селективних і високоочищених лікарських засобів, освіти і високу кваліфікацію лікарів, пацієнтів, створення спеціальних програм ВООЗ, ще й зараз не вдалося взяти під контроль захворюваність на бронхіальну астму [19].

Бронхіальна астма – проблема світового масштабу; відноситься до мультигенетичних хвороб [19]. Систематичні епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що БА серед усіх хвороб дорослого населення становить 5%, а дітей – 10% [3,22].

Наукові прогнози свідчать про зростаючу роль atopії в розвитку БА. Майже кожна четверта дитина має спадкову схильність до її виникнення [19].

Рівень поширеності бронхіальної астми серед дітей віком від 0 до 14 років в Україні безперервно зростає, про що свідчать статистичні дані МОЗ України, наведені в табл. 1.

Таблиця 1. Динаміка поширеності бронхіальної астми серед дітей віком від 0 до 14 років в Україні в 1989–1999 рр.

(за даними Центру медичної статистики МОЗ України)

Регіони	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
	Поширеність, на 1000 дитячого населення										
Київ	3,9	3,9	4,1	4,6	4,9	5,4	5,7	6,06	5,58	6,2	6,61
Севастополь	6,2	5,7	6,1	6,4	5,4	4,2	4,2	3,99	3,9	4,6	5,2
Всього по Україні	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9	2,9	3	3,19	3,3	3,7	4,1

Найбільша поширеність бронхіальної астми серед дітей в Україні спостерігається в областях (Запорізька, Дніпропетровська, Херсонська, Черкаська, Вінницька, містах Києві, Севастополі) насичених промисловою індустрією. У дітей м.Києва вона становила у 1985 р. 1,7 на 1000 дитячого населення, у 1996 – 6,06.

Бронхіальна астма належить до інвалідизуючих хвороб. Так, у м. Києві на сьогодні зареєстровано 320 дітей, які мають статус інваліда дитинства з бронхіальної астми, що становить 10,7% від кількості дітей, які страждають на цю хворобу. За останні 10 років рівень поширеності БА по м. Києву зростає щорічно на 5–8%, а інвалідності за 1997 р. на 2,7% в порівнянні з 1996. [13].

Стан здоров'я дітей, рівень поширеності хвороб органів дихання тепер мають розглядатися у взаємозв'язку зі станом навколишнього середовища регіону проживання. При цьому захворюваність і характер перебігу хвороби можуть бути маркерами впливу екологічних чинників на організм дитини [1, 4, 8, 14, 23].

Двадцятирічний екологічний моніторинг у Києві показав, що місто є одним із найбільш забруднених. Наявність автомобільних парків, накопичення промислових підприємств на обмежених територіях деяких районів міста призвели до перевищення гранично допустимих рівнів шкідливих токсичних речовин у 1,8 раза. Найбільш токсичними речовинами, які забруднюють атмосферне повітря міста, є сірчистий ангідрид, оксид азоту (IV), бензол, фтороводень, важкі метали, аміак, формальдегіди, питома вага яких у валовому викиді шкідливих речовин становить 77% [15, 16].

Одночасно з хімічним впливом дитина підпадає під вплив шкідливих фізичних чинників – шуму, вібрації, електромагнітного випромінювання тощо [20].

З літературних джерел відомо, що неблагополучне екологічне оточення значно сприяє сенсibiliзації дитячого організму аероалергенами та іншими екологічними чинниками, що є також чинниками ризику [10, 16, 17, 25]. Чинником ризику, як відомо, є чинник – не безпосередня причина виникнення певного захворювання, але який збільшує вірогідність його розвитку [5, 8, 11, 15].

Метою нашої роботи було обґрунтування найбільш суттєвих чинників ризику розвитку бронхіальної астми у дітей м.Києва. Для цього використовувались описовий і аналітичний методи епідеміологічного дослідження впливу чинників навколишнього середовища на здоров'я населення [6]. Одним із етапів дослідження, на якому виявлявся ризик розвитку алергічних захворювань органів дихання і БА, стало скринінг-анкетування, яким було охоплено 657 дітей – мешканців Києва віком від 3 до 14 років.

Для оцінки ступеня ризику розвитку бронхіальної астми розраховувались прогностичні коефіцієнти (ПК) – методик А.А.Генкіна і Є.В.Гублера – [7], за формулою

$$ПК(x_j) = 100 \lg[P(x_j/A_1)/P(x_j/A_2)] ,$$

де ПК (x_j) – прогностичний коефіцієнт інформаційної групи j -тої ознаки (чинника) x_j ; $P(x_j/A_1)$ і $P(x_j/A_2)$ – умовні вірогідності інформаційної групи j -тої ознаки x у сукупності хворих (A_1) і сукупності населення, що не мало даної патології (A_2).

Практичне застосування коефіцієнтів зводиться до підсумовування всіх прогностичних коефіцієнтів, розрахованих за наведеною методикою, в будь-якому співвідношенні. Отримана сума ПК порівнюється з табличним значенням за припустимою похибкою першого роду (пропускання групи високого ризику), що дорівнює 0,05, і другого роду (помилкове віднесення групи низького ризику до групи високого ризику) – не більше 0,2. Порогові табличні значення прогностичних коефіцієнтів за цими похибками коливаються від -120 до +70. Якщо значення одержаного ПК більше, ніж верхній рівень інтервалу ПК, групу, що вивчають, відносять до контингенту з високим ризиком, а якщо нижче – з мінімальним ризиком. Зазначений інтервал має 3 частини: від -119,9 до -60 (група низького ризику), від -59,9 до 0 (група середнього ризику), від 0,1 до 69,9 (група високого ризику) (табл. 2).

Розраховані прогностичні коефіцієнти шляхом комбінаторного добору всіх можливих співвідношень чинників (ознак) дають можливість виявити

Таблиця 2. Прогностичні коефіцієнти оцінки ступеня ризику розвитку основних алергічних захворювань органів дихання у дітей

Чинник ризику	Прогностичні коефіцієнти		Коефіцієнти інформативності	
Ускладнення антенатального розвитку	54,45*	-61,96**	15,87*	18,059**
Алергічні захворювання органів дихання:				
у батька;	6,58	-	0,105	-
у матері;	-2,53	-	0,021	-
по лінії батька;	6,58	-	0,105	-
по лінії матері	-6,98	-	0,166	-
Годування на першому році життя:				
природне;	-9,30	-	0,544	-
штучне	11,29	-	0,660	-
Наявність алергії:				
на вживання соків;	55,46	-60,69	16,170	17,693
на прикорм;	32,06	-12,19	3,205	1,219
на лікарські засоби;	47,46	-24,02	8,301	4,201
на харчові продукти після року життя	29,79	-19,43	3,934	2,565
Прояви ексудативно-катарального діатезу:				
висипи;	34,75	-56,64	7,941	12,944
гіперемія;	46,26	-4,71	2,257	0,230
екзема	63,68	-3,81	2,605	0,156
Несвоєчасні профілактичні щеплення	-55,60	50,52	15,113	13,733
Нестача повітря вночі	91,89	-92,82	36,154	36,518
Частота розвитку ГРВІ:				
раз на рік;	-93,85	-	21,199	-
раз на місяць;	63,85	-	6,508	-
4 і більше разів на рік	19,82	-	2,457	-
Запалення легень у дитини першого року життя	59,15	-12,82	6,948	1,506
Супутні захворювання	88,05	-57,9	29,174	19,202
Тварини, птахи	-3,61	1,18	0,057	0,012
Алергічний риніт	67,43	-12,10	7,694	1,380
Алергічний кон'юнктивіт	8,72	-0,45	0,043	0,002
Несприятливий клімат	56,42	-26,16	10,91	5,06
Житлові умови:				
добрі;	-8,89	-	0,41	-
незадовільні;	12,60	-	0,86	-
задовільні	-25,86	-	0,57	-

П р и м і т к а. * – за відповіддю "Так" під час анкетування; ** – за відповіддю "Ні".

найбільш несприятливі з точки зору вірогідності розвитку патології комбінації чинників. Проте оскільки окремі чинники, або ознаки мають різну інформативну цінність, то під час встановлення діагнозу доцільно використовувати тільки найінформативніші (наприклад, коефіцієнт інформативності більше ніж 0,5 чи 1).

Щоб виявити та оцінити значення медико-соціальних чинників ризику розвитку алергічної патології органів дихання у дітей, був проведений аналіз частоти і питомої ваги окремих чинників у формуванні цих захворювань у різних групах дитячого населення. Для цього нами використовувалася теорія чинників ризику, що набула вже достатньо широкого застосування в клініко-статистичних і популяційних дослідженнях [6, 7].

За допомогою цієї теорії вивчалися дві якісно різні групи дитячого населення: з алергічними захворюваннями органів дихання та клінічно здорові, кожна з яких відзначалася певною однорідністю за етіопатогенетичним чинником. Досліджува-

на та контрольна групи формувалися диференційовано за певною досліджуваною ознакою (чинником) залежно від її параметрів. Кількість контрольних груп відповідала кількості досліджуваних.

Наведені в табл. 2 дані дозволяють оцінити прогностичну значущість окремих чинників для вірогідності формування алергічних захворювань органів дихання. На підставі величини прогностичних коефіцієнтів встановлено, що найбільш інформативними для прогнозування розвитку у дітей алергічної патології органів дихання є ускладнення антенатального періоду, алергія на вживання соків, прояви ексудативно-катарального діатезу, профілактичні щеплення, зроблені не за календарем щеплень, періодичність ГРВІ, супутня патологія, нестача повітря серед ночі. Проте не слід зневажати й інші чинники, оскільки їх вплив завжди є комплексним і взаємопотенціюючим.

Наявність кількох чинників ризику з великими значеннями прогностичних коефіцієнтів, наприклад, ускладнення антенатального розвитку

(ПК=54,45), алергія на вживання соків (ПК=55,46) і частота розвитку ГРВІ більше 4 разів на рік (ПК=19,82), що в сумі становить 180,25, дає можливість віднести дитину до групи високого ризику формування алергічної патології органів дихання.

Проведена нами верифікація результатів дослідження свідчить про високу вірогідність отриманої діагностичної моделі.

Розроблена на значному практичному матеріалі методика виявлення груп ризику розвитку алергічних захворювань органів дихання, зокрема бронхіальної астми, у дітей (донозологічна діагностика) може використовуватися в закладах охорони здоров'я для своєчасного виявлення та профілактики цієї патології. Для цього доцільно детально вивчати анамнестичні дані життя дитини. Визначення ризику в анамнезі дозволяє оцінювати особливості формування конституційного соматотипу дитини, особливо з імунологічною реактивністю.

Враховуючи певну послідовність розвитку сенсibiliзації та вікові особливості розвитку алергічних захворювань у дітей, потрібно визначати клініко-анамнестичні чинники ризику розвитку БА під час народження і розвитку дитини і реєструвати їх в Обмінній карті вагітних та історії розвитку дитини (ф. №112у).

Велика поширеність серед дітей м.Києва бронхіальної астми зумовлює потребу вдосконалення медико-організаційних заходів, спрямованих на визначення контингенту дітей з ризиком розвитку БА на різних етапах надання їм медичної допомоги.

I. Ланка жіночої консультації, антенатальний період розвитку плода (біосоціальні чинники): обтяжена алергічними захворюваннями органів дихання спадковість; ускладнений перебіг вагітності; хронічні вогнища інфекції у матері; шкідливі особливості професії батьків; незадовільні житлово-побутові умови життя; несприятливе екологічне оточення.

Визначення групи вагітних жінок з ризиком розвитку алергічних захворювань органів дихання.

II. Ланка родопомічного закладу, інтранатальний період розвитку дитини (біосоціальні чинники): вагітні з ризиком розвитку БА; ускладнений перебіг пологів; уроджена і спадкова патологія органів дихання у новонароджених; патологічні стани у новонароджених; визначення групи ризику дітей за розвитком алергічних захворювань органів дихання.

III. Дитяче амбулаторно-поліклінічне відділення, постнатальний період розвитку дитини.

Виявлення біосоціальних чинників (спадкова обтяженість алергічними захворюваннями органів дихання, конституційні ознаки, сприятливі для розвитку алергії, тип і характер алергічної реакції, ступінь гіперреактивності бронхів, перенесені захворювання, екологічне оточення) за віковими періодами (згідно з Міжнародною класифікацією періодизації дитячого віку) для визначення групи ризику розвитку алергічних захворювань органів дихання і бронхіальної астми у дітей, подальшого дообстеження цих дітей у відповідних фахівців і проведення превентивних заходів.

Висновки

1. Найбільш суттєвими чинниками ризику розвитку алергічних захворювань органів дихання і БА у дітей, за даними анкетування, є ускладнення антенатального розвитку, обтяжена спадковість, алергія на вживання соків, прояви ексудативно-катарального діатезу, частота розвитку ГРВІ, супутня патологія, спонтанні прояви ядухи серед ночі, вплив несприятливого клімату.

2. Визначення біосоціальних чинників ризику розвитку БА у дітей дасть змогу вчасно, на ранніх етапах формування алергічних реакцій дитячого організму на різноманітні алергени виявити і простежити в динаміці за перебігом цих реакцій, взяти профілактичні заходи і превентивне лікування, враховуючи ступінь ризику розвитку певної патології на всіх ланках медичного обслуговування дитячого населення.

Список літератури

1. Балаболкин И.И. Современные проблемы детской аллергологии // Педиатрия. – 1997. – №2. – С.5–9.
2. Беш Л.В., Ласиця О.І. Актуальні аспекти етіопатогенезу бронхіальної астми у дітей // Укр.пульмонолог. журн. – 1996. – № 3. – С. 15–18.
3. Бронхиальная астма: Глобальная стратегия / Под.ред. А.Г.Чучалина // Пульмонология (приложение). – 1996. – 165 с.
4. Вельтищев Ю.Е. Социально адаптированная научнообоснованная программа обучения педиатров // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1997. – № 2. – С.67–68.
5. Верещагин В.Ю. Экологическая безопасность: какие дороги ведут к цели. – М.: Знание, 1990. – 62 с.
6. Гойда Н.Г. Охрана материнства і дитинства в законодавчих та нормативних документах чи актах України // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1997. – №1. – С.5–6.

7. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. – К.: КМИ, 1989. – 204 с.
8. Гончарук Е.Г. Здоров'я населення як інтегральний критерій оцінки стану навколишнього середовища. – К.: Вища шк., 1995. – 458с.
9. Грудзев Г. Древнегреческие корни современной научной медицины // Vita. – 1996. – № 3. – С.2–6.
10. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – Л.: Медицина, 1978. – 294 с.
11. Ефимова А.А., Чуканин Н.Н., Бржезовский М.М. и др. Влияние экологических факторов на развитие бронхолегочных заболеваний у детей // Педиатрия. – 1994. – №5. – С.11–15.
12. Кивенко Н.В. Философские вопросы биологии и медицины в трудах А.А.Богомольца // Филос. вопр. медицины и биологии. – 1991. – №23. – С.53–62.
13. Ласиця О.І. Актуальні проблеми дитячої алергології // Матеріали конф. педиатрів України "Педиатрія на рубежі ХХ і ХХІ століть". – Днепропетровск :Б.и., 1996. – С.99–100.
14. Мозалевский А.Ф. Сочетанная патология у детей // Все о медицине. – 1997. – №20. – С.1–4.
15. Некрасова Л.С. Наукове обґрунтування перспективного розвитку спеціалізованої медичної допомоги на основі вивчення стану дитячого населення м.Києва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –К., 1994. – 19 с.
16. Некрасова А.С., Криштопа Б.П. Екологічні аспекти та їх вплив на здоров'я дітей: Зб.наук. пр. – К., 1993. – С.83–86.
17. Сердюк А.М., Бердник О.В., Антонов М.Ю. Методические вопросы создания мониторинга окружающей среда – здоровье населения Украины // Довкілля та здоров'я. – 1997. – № 2. – С.54–55.
18. Сміян І.С. Здоров'я дітей і майбутнє України // ПАГ. – 1997. – № 1. – С.6–11.
19. Солдатов Д.Г., Авдеев С.Н., Кусакина И.А. Ретроспективный анализ эпидемий бронхиальной астмы // Пульмонология. – 1996. – № 4. – С.84–88.
20. Торбин В.Ф. Наукове обґрунтування шляхів збереження та поліпшення здоров'я дитячого населення у зв'язку з комплексом чинників навколишнього середовища після аварії на ЧАЕС: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 1996. – 42 с.
21. Чучалин А.Г. Биологические маркеры рецидивирующего бронхита и бронхиальной астмы // Пульмонология. – 1997. – № 3. – С.5–6.
22. Debelic M. Besonderheiten des Asthmas bei Kindern und Jugendliche // Atemwegs und Lundenkrankh. – 1992. – № 18: Suppl. 1, – S.980–987.
23. Pierson W.E., Koenig J.O. Respiratory effects of air pollution on allergic disease // J. Allergy Clin. Immunol. – 1992. – № 90. – P.557–566.
24. Strannegard J.L., Strannegard O. Childhood bronchial asthma in a desert country // Allergy. – 1990. – № 45 (5). – P.327–333.
25. Wardlaw A.J. The role of air pollution in asthma // Clin. Exp. Allergy. – 1993. – № 23. – P.81–96.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНТИНГЕНТА ДЕТЕЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ

М.П.Ковальчук (Київ)

На основании скрининг-анкетирования 657 детей г.Києва в возрасте от 3 до 14 лет обоснованы наиболее значимые факторы риска развития бронхиальной астмы.

Выделены этапные клинико-анамнестические факторы риска развития БА у детей, которые предложено регистрировать в Обменных картах беременных и историях развития детей. Предложены медико-организационные мероприятия, направленные на определение биосоциальных факторов, групп риска развития аллергических заболеваний органов дыхания у детей и их профилактику на различных этапах медицинского обслуживания.

METHODOLOGY OF IDENTIFICATION OF THE CHILDREN CONTINGENT FACING RISK FOR BRONCHIAL ASTHMA DEVELOPMENT AND ITS PREVENTION

М.П.Kovalchuk (Kyiv)

The most significant risk factors for potential development of bronchial asthma (BA) have been revealed and substantiated in a targeted screening-questionnaire survey in Kyiv city among 657 children aged of 3-14 yrs.

The number of clinically and anamnesticly defined risk factors for onset of BA in children on different stages of their age have been identified and proposed for they to be registered in the standard medical cards of pregnant woman and child's development history. Some medical and organizational measures have been proposed for individual identification of biosocial risk factors and thus risk groups for development of allergic diseases of respiratory system and their prevention on every consecutive organizational level of medical care provision.

УДК 616.1/.4:615.851

О.І.СЕРДЮК

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПРИ СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Психотерапія як засіб корекції психоемоційного стану хворих на хронічні соматичні захворювання і ставлення їх до хвороби традиційно використовується в медицині [2, 3, 5]. Деякі автори повідомляють про успішне застосування психотерапії в лікуванні хворих на різні соматичні хвороби, маючи на увазі позитивну динаміку порушень психічної сфери, що спостерігалися у них [4, 6, 7, 8].

Останнім часом у клінічній практиці набула поширення методика комплексної інтегральної оцінки ефективності терапевтичних заходів, що включає не тільки медичний, й соціальний та економічний компоненти [1].

З метою повнішого вивчення ефективності психотерапії під час корекції психоемоційного стану та реагування на хворобу нами було здійснене порівняння невротичних скарг та експериментально-психологічних показників психоемоційного стану. Проводилася комплексна інтегральна оцінка ефективності лікування 396 хворих на хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, травлення, сечовиведення, цукровий діабет, у яких спостерігалися неспсихотичні порушення психіки у вигляді соматогенної астенії, що виникла внаслідок невротоксичного та психотравмуючого впливу соматичного страждання, гострих невротичних розладів, що сформувалися у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм, а також невротичних розладів із затяжним перебігом, на тлі яких розвилася соматичне захворювання.

Для порівняння інтенсивності невротичних проявів під час психотерапії хворі вели формалізовані щоденники скарг, які оцінювалися щодня за п'ятибальною системою. Це дозволяло простежувати динаміку скарг, об'єктивізувати клінічну ефективність лікування з приводу психоемоційних розладів, порівнюючи середню кількість балів на початку та вкінці лікування.

Найбільш позитивна динаміка інтенсивності основних невротичних скарг спостерігалася у хворих з емоційними розладами [середній бал ступеня апа-

тії, байдужості зменшився з $1,56 \pm 0,02$ до $0,17 \pm 0,02$ бала, або на $(88,46 \pm 6,68)\%$, депресії – з $3 \pm 0,07$ до $0,80 \pm 0,04$ бала, або на $(73,33 \pm 9,22)\%$, з порушеннями сну [з $3,38 \pm 0,08$ до $0,64 \pm 0,03$ бала, або на $(81,07 \pm 8,17)\%$], менш позитивна – у хворих з фізичною та психічною астеною [середній бал загальної слабкості, швидкої втомлюваності знизився з $3,48 \pm 0,08$ до $1,42 \pm 0,03$ бала, або на $(64,38 \pm 9,99)\%$, погіршення пам'яті, неухважності – з $2,07 \pm 0,09$ до $0,78 \pm 0,04$ бала, або на $(62,32 \pm 10,1)\%$], що можна пояснити більшою їхньою ригідністю до психотерапевтичного впливу.

Під час порівняння динаміки основних невротичних скарг у хворих на соматичні захворювання залежно від особливостей виявлених у них неспсихотичних порушень психіки з'ясувалося, що найбільша їхня інтенсивність спостерігалася у хворих із соматогенною астеною, найменша – з невротичними розладами із затяжним перебігом. Так, середній бал ступеня дратівливості після проведеного лікування у хворих із соматогенною астеною знизився з $2,47 \pm 0,14$ до $0,31 \pm 0,06$ бала, або на $(87,45 \pm 6,7)$, гострими невротичними розладами – з $2,68 \pm 0,11$ до $0,69 \pm 0,08$ бала $[(74,25 \pm 9,78)\%]$, з невротичними розладами із затяжним перебігом – з $2,74 \pm 0,19$ до $1,01 \pm 0,09$ бала $[(63,14 \pm 12,46)\%]$.

Для вивчення динаміки експериментально-психологічних показників психоемоційного стану та особистісного реагування на захворювання двічі було проведено обстеження соматичних хворих за допомогою методики диференціальної самооцінки функціонального стану (САН), шкали особистісної та реактивної тривожності С.Д. Spielberger, особистісних опитувальників Н.Д. Eysenck і Санкт-Петербурзького Психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева (ООБІ).

Обстеження показало більш позитивну динаміку інтенсивності експериментально-психологічних показників психоемоційного стану у хворих основної групи, що проходили курс психотерапії (275 чоловік), ніж пацієнтів контрольної групи (121 чоловік), у лікуванні яких психотерапію не застосовували.

Так, погане самопочуття зберігалось в основній групі після лікування лише у $(12,90 \pm 4,29)\%$ хворих, тоді як у контрольній – у $(32,2 \pm 6,14)\%$ [до лікування в середньому – у $(70,78 \pm 3,08)\%$], настрий – відповідно у $(11,29 \pm 4,05)\%$ та $(33,90 \pm 6,22)\%$ [до лікування – у $(58,90 \pm 3,33)\%$]. Високий рівень реактивної тривожності після курсу психотерапії спостерігався у $(14,52 \pm 4,51)\%$ хворих на соматичні захворювання основної групи, в той час як у хворих контрольної групи – в $(27,12 \pm 5,84)\%$ випадків [до лікування – у $(48,86 \pm 3,39)\%$], нейротизму – відповідно у $(13,69 \pm 4,07)\%$ та $(35,59 \pm 6,29)\%$ [до лікування – у $(59,36 \pm 3,33)\%$].

Після психотерапевтичної корекції у соматичних хворих найчастіше діагностувалися такі типи реагування на хворобу без соціальної дезадаптації, як гармонійний $[(36,84 \pm 6,18)\%]$ та ергопатичний $[(44,74 \pm 6,37)\%]$, а у контрольній групі – відповідно лише у $(18,08 \pm 5,01)\%$ та $(38,38 \pm 6,38)\%$ випадків. Значно рідше встановлювалися такі типи дезадаптивного реагування з інтрапсихічною спрямованістю, як тривожний $[(6,89 \pm 2,24)\%]$, обсесивний $[(5,26 \pm 2,85)\%]$ та іпохондричний $[(2,63 \pm 2,05)\%]$, [у контрольній групі – відповідно у $19,31 \pm 5,18$; $17,38 \pm 4,97$ та $(12,54 \pm 4,35)\%$ хворих].

Комплексна інтегральна оцінка ефективності психотерапевтичної корекції проводилася шляхом обчислення коефіцієнтів медичної, соціальної та економічної ефективності, а також інтегрального показника.

Для кількісної оцінки медичної ефективності була використана частота діагностування високого ступеня нейротизму за допомогою особистісного опитувальника Н.Ж.Ейсенка, що пояснювалося інтегральністю цього показника – значною і рівномірною силою впливу на нього чинників, що вивчаються, та особливостей соматичного захворювання, а також кореляцією з іншими показниками, достатньою об'єктивністю (наявністю шкали кривди), чутливістю (спроможністю реагувати навіть на predisпозицію (схильність) до невротичних розладів), а також придатністю для математичного опрацювання.

Коефіцієнт медичної ефективності (P_m) розраховувався за формулою

$$P_m = \frac{n_m}{N_m},$$

де n_m – кількість хворих, у яких ступінь нейротизму нормалізувався; N_m – загальна кількість обстежених хворих.

У основній групі обстежених коефіцієнт медичної ефективності становив

$$P_{m1} = \frac{n_{m1}}{N_{m1}} = \frac{267}{314} = 0,85;$$

у контрольній –

$$P_{m2} = \frac{n_{m2}}{N_{m2}} = \frac{53}{82} = 0,64.$$

Для вивчення соціальної ефективності психотерапевтичної корекції було проведено опитування хворих основної та контрольної груп щодо задоволення лікуванням. Відношення кількості задовільних відповідей (n_c) до загальної кількості відповідей (N_c) і склало коефіцієнт соціальної ефективності (P_c)

$$P_c = \frac{n_c}{N_c}.$$

У основній групі цей коефіцієнт становив:

$$P_{c1} = \frac{n_{c1}}{N_{c1}} = \frac{282}{314} = 0,90,$$

у контрольній –

$$P_{c2} = \frac{n_{c2}}{N_{c2}} = \frac{46}{82} = 0,56.$$

Розрахунок коефіцієнта економічної ефективності (P_e) проводили шляхом визначення відношення середніх і фактичних витрат на одного хворого, який лікувався у стаціонарі, за формулою

$$P_e = \frac{n_e}{N_e},$$

де n_e – середні витрати на одного хворого, грн; N_e – фактичні витрати на одного хворого основної групи, грн.

У основній групі коефіцієнт економічної ефективності становив

$$P_{e1} = \frac{n_{e1}}{N_{e1}} = \frac{365}{598} = 0,61 \text{ грн.}$$

у контрольній –

$$P_{e2} = \frac{n_{e2}}{N_{e2}} = \frac{365}{629} = 0,58 \text{ грн.}$$

Інтегральний показник ефективності P_i обчислювали шляхом перемноження коефіцієнтів медичної, соціальної та економічної ефективності $P_i = P_m \cdot P_c \cdot P_e$.

Для хворих основної групи він становив $P_{i1} = 0,85 \cdot 0,90 \cdot 0,61 = 0,40$, контрольної – $P_{i2} = 0,64 \cdot 0,56 \cdot 0,58 = 0,21$.

Отже, проведене дослідження дозволило констатувати, що використання психотерапевтичної

корекції в лікуванні та під час соціальної реабілітації хворих на хронічні соматичні захворювання дозволяє не тільки домогтися вірогідно кращої в порівнянні з контрольною групою динаміки невро-

тичних скарг, експериментально-психологічних показників психоемоційного стану та особистісного реагування на хворобу, а й підвищити інтегральний показник її ефективності майже в 2 рази.

Список літератури

1. Корол А.Ф. Экспертная оценка качества работы учреждений здравоохранения: Учеб. пособие. – Харьков, 1997. –110 с.
2. Михайлов Б.В. Психотерапия: аналитический очерк // Междунар. мед. журн.–1998.–Т. 4, № 3.–С. 48–51.
3. Напреенко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция. –К.: Здоров'я, 1995.–240 с.
4. Прокудин В.Н., Шараев П.И., Капкаева А.Я. и др. О психотерапевтической и психиатрической службе в соматическом стационаре // Независимый психиатрический журн.–М., 1998.–№ 2.–С. 62–66.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / Под общей ред. Б.Д.Карвасарского.–Санкт-Петербург: "Питер Ком ", 1998.–752 с.
6. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.–1997.–Т.97, вып 2.–С. 4–9.
7. Спирина И.Д., Никоненко В.А. Дифференцированная психотерапевтическая коррекция психоэмоциональных расстройств в динамике гипертонической болезни // Укр. вісн. психоневрології.–1994.–Вип.3.–С. 185–86.
8. Табачников С.И., Панченко О.А., Найдено С.И. Эмоционально-волевая тренировка как один из методов профилактики и коррекции нервно-психических и психосоматических расстройств //Укр. вісн. психоневрології.–1995.–Вип.2 (6).–С. 336–337.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.И.Сердюк (Харьков)

Исследование, проведенное на 396 больных заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, мочевыводящих путей и сахарным диабетом, показало, что использование психотерапевтической коррекции в лечении больных хроническими соматическими заболеваниями позволяет не только улучшить динамику невротических жалоб, экспериментально-психологических показателей психоэмоционального состояния и личностного реагирования на болезнь, но и увеличить почти в 2 раза интегральный показатель ее эффективности.

THE USE OF METHODOLOGICAL APPROACH FOR EFFECTIVENESS OF CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL STATE AND ATTITUDE TOWARD ONE'S DISEASE DURING THE SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

О.І.Сердюк (Харків)

The research conducted among 396 patients with diseases of cardiovascular, respiratory and digestive systems, of urinary tract, of diabetes mellitus showed that the use of psychotherapeutic correction in treatment of patients with chronic somatic diseases lets to improve dynamics of neurotic claims, experimental indicators of physical and mental state and personal reactivity to diseases, and to increase nearly twice its integral indicator of effectiveness as well.

УДК 614.2:008

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.В. КАЛЬНИШ, О.Ю. МАЙОРОВ (Київ, Харків)

ШЛЯХИ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Український інститут громадського здоров'я,
Харківська медична академія післядипломної освіти

Успіхи медицини розвинених країн світу переконливо показують, що розвиток охорони здоров'я неможливий без використання передових інформаційних технологій, застосування яких безпосередньо вплине на прийняття управлінських рішень [10, 11, 14], і, отже, на характер діяльності закладів охорони здоров'я і відповідного їм Міністерства. Сьогодні в Україні швидкими темпами розвивається комп'ютерний ринок, і у повсякденну практику організаторів охорони здоров'я різних рівнів, статистиків і лікарів широко впроваджуються нові інформаційні технології [1, 3–5, 8, 9]. Зважаючи на територіальну відокремленість організацій, що входять у систему Міністерства охорони здоров'я України, актуальним стає питання впорядкування зусиль різних закладів охорони здоров'я в розбудові єдиного інформаційного простору.

Різноманітність технічних засобів і програмного забезпечення, що є на ринку, потребує обґрунтованої розробки стратегії і тактики інформатизації медицини з урахуванням можливих напрямів розвитку техніки і технології переробки інформації. Останнє особливо важливо у зв'язку з обмеженими можливостями організацій МОЗ України щодо придбання засобів комунікації та обчислювальної техніки, досить різноманітним складом існуючого обладнання та програмного забезпечення, великим циклом упровадження комплексних технічних рішень, відсутністю можливості широкого використання ресурсів Інтернет тощо.

Сьогодні завдання радикального реформування системи охорони здоров'я в значній мірі перетинається з завданням її інформатизації. Реформа не буде дієздатною, якщо не забезпечити механізми використання традиційних і нетрадиційних джерел шляхом найповнішого використання існуючої та нової інформації з різних розділів медичної теорії та практики. Поява доступної інформації для організаторів охорони здоров'я, лікарів і населення дозволить, зокрема, вирішувати питання скоординованості політики різних відомств у галузі охорони здоров'я, суттєво підвищувати поінформованість лікарів щодо новітніх ефективних

медичних технологій, радикально змінювати швидкість отримання і якість різнобічних даних про пацієнта, методи лікування, забезпечувати медичні заходи профілактичного і просвітницького характеру. Таке середовище породжує нову модель забезпечення ефективної праці лікарів і організації охорони здоров'я в цілому.

Отже, інформатизація суттєво змінює довідковий бік професійної діяльності працівників охорони здоров'я і буде формуватися на основі, зокрема, забезпечення швидкого отримання та передавання потрібних фахівцям повідомлень з допомогою сучасної обчислювальної техніки.

Для реалізації цих задумів тепер намічені заходи, що передбачають стратегію і тактику інформатизації медицини [7]. Стратегія лежить в площині корінної зміни політики інформатизації за такими напрямками:

- 1) розробка нормативно-правової бази інформатизації охорони здоров'я;
- 2) удосконалення організаційного забезпечення інформатизації;
- 3) удосконалення кадрового забезпечення інформатизації;
- 4) забезпечення технічної бази інформатизації;
- 5) забезпечення програмних засобів інформатизації.

Вагомою складовою частиною, що суттєво впливає на процес інформатизації охорони здоров'я, є її нормативно-правове забезпечення. Тепер інформатизація медичної галузі ґрунтується на п'яти Законах України, указах Президента України, постановах Кабінету Міністрів України, наказах Міністерства охорони здоров'я України і Концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я [7].

Подальший розвиток нормативно-правової бази інформатизації охорони здоров'я знайшов відображення в низці наказів МОЗ України. Це наказ "Про створення Єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я України" від 21.05.98 № 127, яким затверджені концептуальні

основи створення єдиного інформаційного поля охорони здоров'я України. В наказах "Про створення Координаційної ради з питань медичної інформації МОЗ України" від 05.06.97 і "Про внесення змін та доповнень до наказів МОЗ України з питань інформатизації" від 22.02.99 № 39 затверджено склад Координаційної ради з питань інформатизації системи охорони здоров'я, введено посаду головного спеціаліста МОЗ України з питань інформатизації системи охорони здоров'я, накреслено шляхи подальшого розвитку інформатизації охорони здоров'я України.

Отже, тепер активно проводиться формування нормативно-правової бази інформатизації медичної галузі, яка відповідає б сучасним потребам охорони здоров'я.

На наш погляд, великою перевагою системи управління медичною галуззю нашої країни над подібною в інших країнах світу є її чітка структурованість та ієрархічність. Використовуючи цю перевагу, можна сформувати струнку, злагоджену і легкокеровану систему управління інформатизацією охорони здоров'я, головною особливістю якої буде чітка підпорядкованість окремих ланок управління за всіма напрямками, забезпечення функціонування існуючих і впровадження новітніх інформаційних технологій. Тому організаційне забезпечення інформатизації охорони здоров'я повинне базуватися на чітко окресленій, ієрархічно побудованій підпорядкованості інформаційно-аналітичних центрів, які вже є і будуть створюватися в галузі [6].

Наказом МОЗ України "Про головну установу з питань інформатизації охорони здоров'я" № 166 від 13.07.99 Українському інституту громадського здоров'я надано статус головної установи з питань інформатизації галузі, яка зобов'язана забезпечити організацію функціонування єдиного інформаційного простору охорони здоров'я. З питань управління інформатизацією охорони здоров'я Українському інституту громадського здоров'я підпорядковано ряд організацій і доручено експлуатувати локальну комп'ютерну мережу МОЗ України. Для забезпечення функціонування єдиного інформаційного простору в охороні здоров'я доручено створити в структурі УІГЗ Інформаційно-аналітичний центр МОЗ України. Основним завданням інформаційно-аналітичного центру МОЗ України є поліпшення організації державного управління охороною здоров'я шляхом:

1) своєчасного забезпечення апарату Міністерства достовірною інформацією для підготовки рішень з питань охорони здоров'я, а також створення умов для оперативного координування дій органів охорони здоров'я;

2) об'єднання і вдосконалення існуючих регіональних інформаційних систем щодо вирішення питань управління охороною здоров'я;

3) проведення регулярного системного аналізу змін стану здоров'я населення України, виявлення чинників і наслідків цих змін, а також проведення багатомірної інтегральної оцінки чинників і умов, що викликають негативні зміни в стані здоров'я населення;

4) створення і впровадження нових технологій контролю за основними показниками здоров'я населення України з урахуванням їх взаємозв'язку і впливу соціально-економічних, виробничих, екологічних, організаційних (організація управління охороною здоров'я) та інших чинників;

5) розроблення і впровадження територіальної системи моделювання епідеміологічного навантаження на відповідну територію;

6) систематизації існуючих розробок організації охорони здоров'я;

7) координації робіт у рамках галузевого моніторингу, пов'язаних із застосуванням єдиної нормативно-правової та довідкової документації, зокрема створення і впровадження на галузевому, регіональному і місцевому рівнях геоінформаційних систем для аналізу і прогнозного моделювання стану здоров'я населення України та систем підтримання прийняття рішень шляхом застосування ефективних сучасних математичних засобів;

8) об'єднання медичних закладів України з допомогою корпоративної комп'ютерної мережі "Укрмеднет" і надання їм доступу до послуг мережі Інтернет;

9) розробки типових проектів побудови медичних локальних мереж і технології їхньої взаємодії;

10) організації навчання фахівців задля оволодіння новітніми інформаційними технологіями з урахуванням міжнародного досвіду стимулювання їхнього застосування у системі охорони здоров'я України;

11) організації та проведення науково-практичних нарад, семінарів і конференцій з питань використання інформаційних технологій в охороні здоров'я;

12) удосконалення системи статистичних показників в охороні здоров'я та створення на цій основі єдиної медико-статистичної бази усіх рівнів підпорядкування;

13) реалізації переходу до загальноприйнятих у міжнародній практиці методів збирання, опрацювання, аналізу та поширення медико-статистичної інформації;

14) налагодження міжнародного співробітництва з питань інформатизації охорони здоров'я;

15) створення галузевої інформаційної системи наукової медичної інформації;

16) інтеграції наукових медичних бібліотек у єдиний галузевий інформаційний простір;

17) створення інформаційної системи підтримки служби науково-медичної та патентно-ліцензійної роботи;

18) створення єдиного інформаційного медичного простору з установами АМН України.

Процес інформатизації мусить мати чітке підпорядкування з добре підготовлених спеціалістів на різних рівнях управління галуззю. Зараз уже затверджено Положення про головного спеціаліста з питань інформатизації охорони здоров'я, розроблено і затверджено Типове положення про головного спеціаліста з питань інформатизації галузі, призначено головного спеціаліста МОЗ України, а в ряді областей і місті Києві – спеціалістів, що відповідатимуть за інформатизацію галузі.

Основою побудови технічної інфраструктури інформатизації галузі є створення кількох своєрідних "центрів кристалізації" – серверів, до яких будуть під'єднуватися периферійні сервери різних регіонів країни, великі науково-дослідні, навчальні, лікувально-профілактичні та інші заклади МОЗ України. Галузева корпоративна комп'ютерна мережа прямого доступу "Укрмеднет" повинна мати ієрархічну структуру, подібну до структури інформаційних потоків, що циркулюють в галузі і відображають побудову системи управління в охороні здоров'я [12,13].

"Укрмеднет" матиме кілька рівнів. Перший рівень складатиметься з базового та кількох регіональних вузлів. Усі вузли цього рівня однакової структури, яка забезпечуватиме інформаційне обслуговування 5–6 областей. Базовий і регіональні вузли будуть зв'язані з вузлами другого рівня мережі, зокрема з великими науковими, навчальними і лікувальними центрами. Другий і третій рівні мережі забезпечуватимуть її функціонування на обласному та районному рівнях. Наповнення комп'ютерної мережі сучасними інформаційними технологіями повинне здійснюватися з допомогою галузевої системи сертифікації програмних продуктів медичного призначення, яка стане основою для наповнення медичної галузі тільки високоякісними програмними розробками.

За умов економічного спаду, що призвів до зменшення асигнувань на розвиток медичної галузі, потрібно ретельно розробити стратегію і тактику інформатизації галузі.

Найбільший внесок у зменшення втрат здоров'я активної частки населення забезпечують такі медичні служби, як первинна медико-санітарна допомога, швидка медична допомога, реанімація та акушерство. Інформатизацію саме цих служб потрібно розглядати як стратегічний пріоритетний напрям, спрямований на поліпшення роботи системи лікувально-профілактичної допомоги. Сьогодні фактично ще немає статистики сімейної медицини, погано налагоджене вивчення стану здоров'я та медичного обслуговування сільського населення, статистика рівня розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Існуючим статисти-

чним обліком погано враховуються економічні, екологічні, соціальні, трудові та інші чинники середовища, яке оточує населення, матеріально-технічні, кадрові, фінансово-економічні питання, що постають перед медичними закладами. Потрібне найактивніше залучення передового світового досвіду з інформатизації управління охороною здоров'я з допомогою світової комп'ютерної мережі Інтернет. Крім того, наявність даних про стан здоров'я кожного громадянина, навколишнє середовище, стан медичної служби дозволяє з допомогою постійного аналізу показників цих чинників коректно і оперативно корегувати програми управління здоров'ям населення, будувати моделі його змін і на їх основі прогнозувати майбутні демографічні зміни. Це дасть змогу направлено залучати державні та громадські організації, профспілки, систему освіти до адекватного реагування на проблеми, що виникають у стані здоров'я населення.

Відомі такі основні групи інформаційних систем, упровадження яких необхідне для поліпшення керованості станом здоров'я населення і медичною галуззю:

- системи, що забезпечують інформаційну підтримку процесів управління регіоном (область, місто, район), медичним закладом;

- системи, що забезпечують інформаційну підтримку профілактики та діагностично-лікувальних процесів щодо конкретної особи.

Здійснення цих стратегічних планів доцільно виконувати на підставі вирішення таких завдань:

- створення галузевої програми інформатизації охорони здоров'я, в якій потрібно враховувати стратегії розвитку господарства країни, її економічний стан і фінансові можливості, основні напрями розвитку інформатизації в державі;

- формування сучасної галузевої інфраструктури інформатизації охорони здоров'я, у складі якої передбачатиметься створення й постійна модернізація галузевої комп'ютерної мережі на основі застосування сучасних телекомунікаційних технологій, галузевої системи баз даних і знань, створення опорних зон інформатизації охорони здоров'я в окремих найбільш підготовлених регіонах країни;

- розробки підходів до формування комп'ютерної мережі, яка об'єднувала б Міністерство охорони здоров'я України з найбільш зацікавленими в його роботі міністерствами і відомствами;

- створення комплексу спеціалізованих в окремих напрямках медицини Web-серверів, які забезпечуватимуть інформаційну підтримку роботи науковців, лікарів, а також населення і студентів медичних закладів;

- створення конкурентоспроможних засобів інформатизації діагностики станів організму лю-

дей, що акумулюють в собі досягнення вітчизняної та світової науки;

- розробки сучасної інформаційно-аналітичної системи моніторингу, аналізу стану здоров'я населення та демографічної ситуації в Україні;

- розробки типової госпітальної інформаційної системи;

- створення інформаційно-аналітичної системи для аналізу стану медико-санітарної допомоги населенню;

- розробки інформаційно-аналітичної системи забезпечення наукових досліджень у медичній галузі;

- створення інформаційно-довідкової системи для забезпечення навчального процесу з розділів медицини;

- налагодження сучасної інформаційної технології, яка забезпечуватиме патентно-ліцензійну та бібліотечну справу;

- розробки інформаційно-аналітичної системи для аналізу даних перепису населення України, що дасть змогу виробити адекватну стратегію збереження здоров'я населення та оперативно вирішувати повсякденні питання управління медичною галуззю.

Поряд із виконанням стратегічних завдань розвитку інформатизації потрібно впроваджувати не менш важливі тактичні завдання, які враховуватимуть поточні соціально-економічні, фінансові, кадрові та інші проблеми, що виникають тепер в медичній галузі. До них належать:

1. Формування якісної бази програмних про-

дуктів медичного призначення, які розроблятимуться без додаткових фінансових асигнувань. Це нелегке завдання можна виконати всебічно, використовуючи існуючу технологію сертифікації програмних продуктів медичного призначення. Ретельний добір якісних сучасних програмних продуктів дасть змогу, по-перше, використовувати в медицині тільки якісні програмні продукти, а, по-друге, формувати пакет стандартних програм медичного призначення, який можна було б рекомендувати для розповсюдження в усій галузі.

2. Спрямування зусиль на пошук недержавних асигнувань інформатизації галузі. Прикладом вирішення цієї проблеми може бути рішення Світового банку про виділення спеціального гранту на вдосконалення системи управління медичною галуззю.

3. Вибір і впровадження раціональної структури управління інформатизацією охорони здоров'я.

4. Запровадження передових інформаційних технологій і світового досвіду з їх застосування, що можна отримати за допомогою світової комп'ютерної мережі Інтернет.

5. Використання сучасних медичних технологій, технологій навчання здоровому способу життя, методів удосконалення професійних знань за допомогою світової комп'ютерної мережі Інтернет.

Виконання намічених стратегічних і тактичних завдань може суттєво поліпшити ситуацію щодо впровадження сучасних інформаційних технологій в медичній галузі, а це, в свою чергу, сприятиме покращенню здоров'я населення України.

Список літератури

1. Богатирьова Р., Бережнов С., Горбань Є., та ін. Стан розробки та перспективи розвитку Державної комп'ютерної інформаційної системи моніторингу епідемічного процесу в Україні // Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1999. – №1. – С.5–13.
2. Коршевер Н.Г., Сафонов В.В., Полковов С.В., Черевко С.Н. Работа по охране здоровья: системный подход, оценка и оптимизация // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – №3. – С.38–42.
3. Лехан В. Концепция системы информационного обеспечения первичной медико-санитарной помощи // Информационные технологии и программно-аппаратные средства в медицине, биологии и экологии: Материалы семинара. – К.: Мединформ, – 1998. – Ч.1. – С. 29–36.
4. Майоров О.Ю., Курбатов О.М., Кальниш В.В. Застосування М-технологій як перспективний напрямок інформатизації медичної галузі // Матеріали наук.-практ. конф. "Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі", 7–8 жовт. 1999 р. – Житомир: Б.в., 1999. – С. 63.
5. Павлов В., Гавура А., Духовенко Е., Федіна С. Обоснование необходимости общесистемного информационного обеспечения // Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1998. – №4. – С.4–14.
6. Майоров О.Ю., Пономаренко В.М., Кальниш В.В. Інформатизація охорони здоров'я // Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1999). – К.: Б.в., 1999.
7. Пономаренко В.М., Майоров О.Ю. Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я в Україні / Укр. радіологічний журн. – 1996. – Т.4 (2). – С. 115–118.
8. Сухомлин М., Полянчиков В., Максименко Л. Актуальные проблемы внедрения новых информационных технологий в практическую деятельность учреждений санэпидслужбы // Информационные технологии и программно-аппаратные средства в медицине, биологии и экологии: Материалы семинара. – К.: Мединформ, 1998. – Ч.1. – С.18–26.
9. Терентьева А.В. Автоматизовані системи управління державної служби медицини катастроф // Матеріали наук.-практ. конф. "Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі", 7–8 жовт. 1999р. – Житомир: Б.в., 1999. – С.68.

10. *Anthers D., Berry R., Lanning A.* Internet resources for family physicians//*Can. Fam Physician.*–1997.–Vol. 43, №6.– P. 1104–1113.
11. *Kramer J., Cath A.* Medical resources and the Internet // *Arch. Intern. Med.*–1996.–Vol.165, № 4.– P. 833–842.
12. *Mayorov O.Yu., Ponomarenko V.M., Kalnish V.V et al.* Health Telematics in Ukraine: Problems and Prospects // *Medical Informatics Europe '97 / Eds C.Pappas et al.* IOS Press, 1997.–P.53–56.
13. *Mayorov O.Yu., Ponomarenko V.M., Kalnysh V.V.* Experience of Telematics Development in Ukraine // *2nd World Telemedicine Symposium for Developing Countries, 7–11 June 1999, Buenos-Aires. – Geneva: Final Report of International Telecommunication Unit (ITU), 1999.*–P.155–161.
14. *Courtin C., Seka L.-P., Cleran L.L., Beux P. W.W.W.* Cooperative Multimedia Interface in Medicine//*Medical Informatics Europe'97.*–Amsterdam, 1997.– Vol.43.–P.38–42.
15. *Ketikidis P.H., Ambrosiadou B.V., van der Werff A. et al.* RHINE-AM An Inter-Regional Health Information Network for Europe // *Also.*–P.94–98.

ПУТИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ

В.М.Пономаренко, В.В.Кальниш, О.О.Майоров (Киев, Харьков)

Рассмотрены современные направления информатизации здравоохранения: разработка нормативно-правовой базы, усовершенствование организационного и кадрового обеспечения, обеспечение технической и программной базы информатизации. Намечены стратегические направления и вопросы тактики информатизации системы здравоохранения Украины.

APPROACHES TOWARDS INTRODUCING THE INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

V.M.Ponomarenko, V.V.Kalnish, O.Yu.Mayorov (Kyiv, Kharkiv)

The modern trends of information technologies in public health are under consideration, namely: the development of legal base, improvement of management and staff ensuring, logistic and software ensuring for the PHS. The main strategic and tactical trends of information technologies in the PHS have been outlined.

УДК 614.2:001.8:025.4

В.В.КАЛЬНИШ, А.В.СТЕПАНЕНКО (Київ)

СУЧАСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ДЕРЖАВНОЇ АКРЕДИТАЦІЇ, СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ВИКОРИСТАННЯМ АВТОМАТИЗОВАНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ

Український інститут громадського здоров'я

Стратегічним напрямом реформування медичної галузі в Україні є забезпечення права громадянина на охорону здоров'я шляхом його збереження і зміцнення, профілактики захворювань і надання якісної та доступної медичної допомоги в разі оптимізації витрат на охорону здоров'я.

Досвід багатьох розвинених країн світу свідчить,

що забезпечення високої якості медичної допомоги неможливе без досконалої інформаційної підтримки цього процесу. В сучасному світі приділяють велику увагу створенню комп'ютерних медичних мереж, розробці спеціалізованого програмного середовища тощо. Цей напрям розвитку медицини визначено в програмних документах ВООЗ як один із пріоритетних [1].

Як свідчать прийняті останнім часом правові акти (Концепція державної політики та інформатизації охорони здоров'я України (1996), Закон України "Про інформатизацію" (1992), Закон України "Про Національну програму інформатизації" (1998) та ін.), перебудова системи охорони здоров'я України не може здійснюватися без вирішення питань інформаційного забезпечення галузі. У зв'язку з цим метою державної політики, що визначається пріоритетністю національних інтересів з охорони здоров'я населення, є запровадження організаційних заходів щодо ліквідації її відставання від передових світових держав в галузі інформатизації шляхом прискорення формування єдиного інформаційного медичного простору країни [2, 3].

Зараз уже ні в кого не викликає сумнівів, що питання інформатизації – досить важливе для формування нових механізмів і процесів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги в охороні здоров'я. Зокрема, нагальною є потреба в створенні інформаційно-аналітичних систем, які допомогли б медичним працівникам використовувати впроваджені на галузевому рівні механізми акредитації закладів охорони здоров'я, уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому і дитячому населенню. Розробка програмних засобів інформаційної підтримки зазначених механізмів підвищення якості медичної допомоги є необхідною і корисною для управлінського апарату медичних установ, організаторів охорони здоров'я, лікарів.

Проведення акредитації закладів охорони здоров'я пов'язане з отриманням, обробкою і передаванням великої кількості директивної та нормативної документації на рівні Кабінету Міністрів України, МОЗ України, а також акредитаційної комісії, в яких готується основний обсяг документації (стандарти акредитації, протоколи, висновки тощо). На вищій рівні управління передається згорнута інформація, придатна для прийняття кінцевого рішення про акредитацію закладу. Але можуть виникати випадки, коли на верхній рівень потрібно передати всю інформацію або певну додаткову інформацію про заклад, що трапляється під час конфліктної ситуації. Вирішення перелічених проблем залежить від застосування сучасних комп'ютерних технологій.

Втілення в життя інформаційної підтримки процесу акредитації розпочато зі створення аналітично-інформаційної системи (АІС) "Державна акредитація ЛПЗ України", що дозволить управлінському апарату медичного закладу ознайомитися з нормативними документами, порядком акредитації, переліком обов'язкових документів, що додаються до заяви про проведення акредитації тощо. Тобто АІС в повному обсязі охоплює нормативно-правову базу, що регулює процес акредитації. За допомогою АІС користувачі (головний лікар ЛПЗ, його заступники, керівники структурними підрозді-

лами та ін.) мають можливість здійснити запит за ключовим словом. В результаті цих операцій користувачеві буде надана необхідна допомога.

Дуже корисним для адміністрації лікарні є проведення відповідно до стандартів, затверджених МОЗ України, самоакредитації. Таку можливість дає розроблена нами АІС. Під час експлуатації цього програмного продукту залежно від виду лікувально-профілактичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) користувач, застосовуючи комп'ютер, зможе дати відповідь на запитання стандартів. В результаті після проведених за допомогою АІС розрахунків оцінюють діяльність ЛПЗ (визначають питому вагу суми набраних балів від максимально можливої їх кількості). На підставі одержаної оцінки керівництво медичного закладу має змогу прогнозувати результати акредитації, виявляти недоліки в своїй діяльності та своєчасно здійснювати заходи щодо їх усунення.

За допомогою розробленої АІС "Державна акредитація ЛПЗ України" можна також здійснювати статистичний аналіз проведеного медико-соціологічного дослідження, необхідний для об'єктивізації думки споживачів медичної допомоги стосовно рівня її якості. Опитування проводять серед пацієнтів амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних відділень ЛПЗ за допомогою спеціально розробленого інструментарію дослідження. Оцінка якості надання медичної допомоги споживачам є об'єктивним критерієм діяльності медичного закладу, аналізу результатів акредитації та самоакредитації.

Аналіз недоліків у медичному обслуговуванні населення допоможе розробити заходи щодо їх усунення, намітити шляхи вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги. АІС "Державна акредитація ЛПЗ України" – дієвий засіб досягнення максимальної якості та ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів України. З її допомогою можна автоматизувати процеси пошуку, накопичення та аналізу матеріалів для адміністративно-управлінського апарату, отримувати попередні дані стосовно оцінки діяльності закладу (використовуючи думку різних груп опитуваних - працівників адміністративного апарату, споживачів медичної допомоги – пацієнтів амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних відділень) і на їх основі вдосконалювати роботу медичного закладу.

Ефективне впровадження в діяльність медичних закладів галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій є одним із важливих напрямів підвищення якості діяльності ЛПЗ України. Для втілення цього завдання створено аналітично-інформаційну систему "Галузеві стандарти медичних технологій", призначенням якої є задоволення інформаційних запитів користувачів (адміністративно-управлінського апарату лікарень, завідувачів відділень, лікарів). Галузеві стандарти медичних технологій впроваджуються в діяльність ЛПЗ України

згідно з наказом МОЗ України. Стандарти мають великий обсяг інформації стосовно різних аспектів надання медичної допомоги. Для зручності використання цієї інформації, підвищення ефективності та якості діяльності ЛПЗ, а також для підтримки функції перегляду потрібного розділу в цілому і розроблена автоматизована інформаційна система. Відповідно до запиту АІС здійснює пошук необхідних даних із тих, що зберігаються в її інформаційному фонді, а саме, стандартів медичних технологій за 30 розділами надання медичної допомоги. Кожний розділ має такі підрозділи:

1. Нозологічні форми і їхні групи.
2. Перелік і періодичність обов'язкових обстежень відповідно до рівня надання медичної допомоги.
3. Перелік лікувальних заходів.
4. Вимоги до наслідків лікування (бажані результати лікування).
5. Середня тривалість лікування в стаціонарі.

Пошук здійснюється за ключовим словом (термін, назва лікарського засобу, вид діагностичного дослідження, процедура тощо). Користувач оперативно може знайти потрібну нозологічну форму, вид лікування (медикаментозний, хірургічний, немедикаментозний тощо) або інформацію про вид діагно-

стичного дослідження, його періодичність тощо.

Описані АІС є невеликою ланкою в низці інформаційних систем, потрібних для забезпечення високої якості лікувального процесу. Поступово розвиваючися, вони увійдуть до складу госпітальної інформаційної системи, функції якої будуть охоплювати весь спектр інформаційних послуг, необхідних для сучасного лікаря і адміністратора ЛПЗ. Але вже зараз на прикладі систем "Державна акредитація ЛПЗ України" та "Галузеві стандарти медичних технологій" можна простежити появу нової форми організації управління в системі МОЗ України, що ґрунтується на інформаційних потоках, охоплюють різні рівні управління охороною здоров'я (рис.). Така форма має низку особливостей, що відрізняють її від "паперових" методів управління. По-перше, це інформаційні потоки, що забезпечують збирання та аналіз даних, одержаних від різних груп працівників ЛПЗ (адміністративні, лікарі) та пацієнтів. По-друге, отримана якісно нова інформація може в повному обсязі використовуватися адміністрацією ЛПЗ для аналізу недоліків у лікувально-профілактичній діяльності, що допоможе в напрацюванні заходів щодо покращення його роботи. По-третє, отримана інформація може передаватися в стиснутому вигляді на вищі рівні управління галуззю для проведення поглиблено-

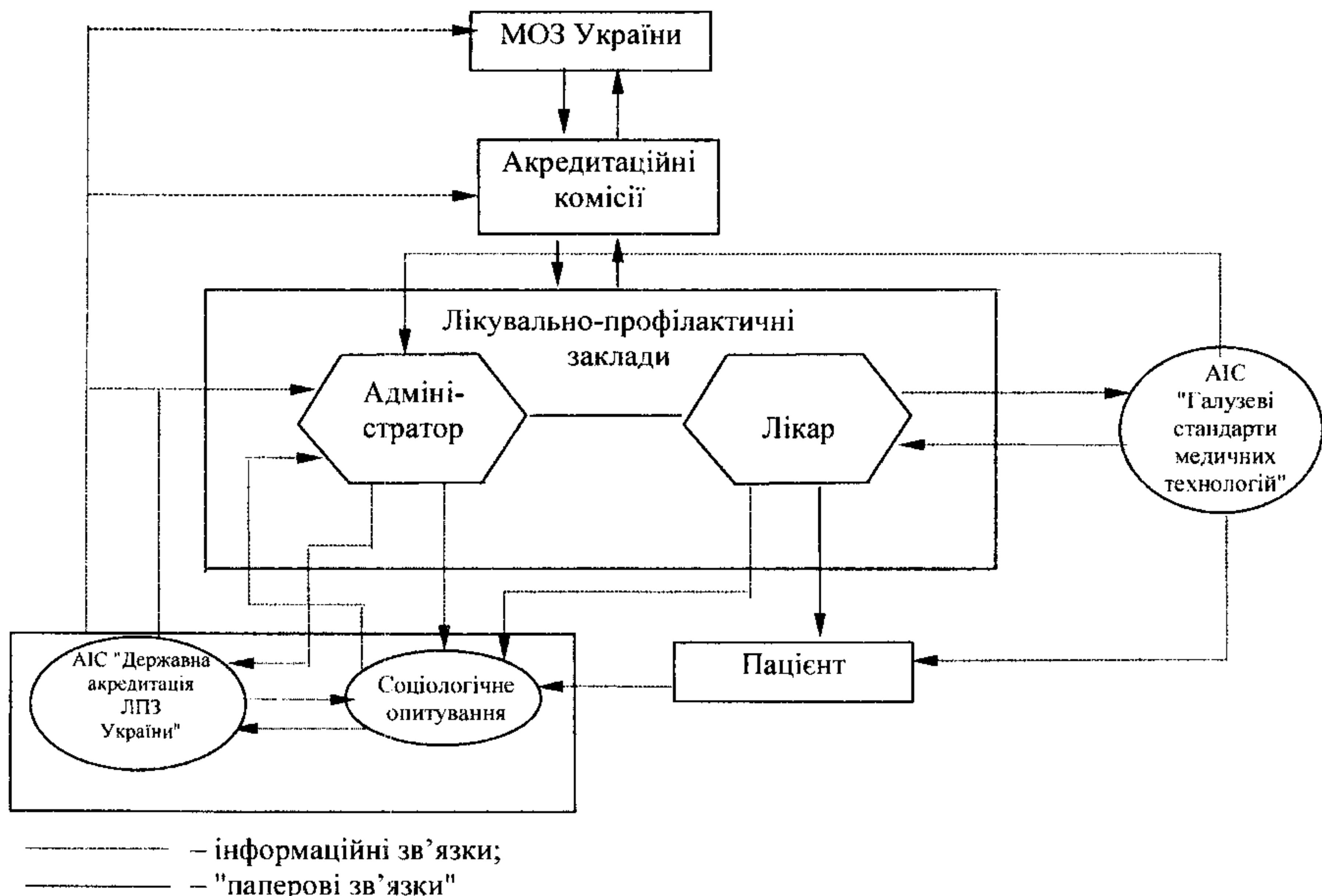


Рис. Схематичне зображення інформаційних зв'язків у разі використання АІС "Державна акредитація ЛПЗ України" та "Галузеві стандарти медичних технологій".

го аналізу стану лікувально-профілактичної допомоги в країні. По-четверте, ці дані можуть у повному обсязі оперативно надсилатися до акредитаційної комісії МОЗ України, сприяти вирішенню суперечливих ситуацій в разі їх виникнення між акредитаційною комісією та ЛПЗ. Крім того, АІС "Галузеві стандарти медичних технологій" надає дуже корисну інформацію всім учасникам лікувального процесу (лікарям, адміністрації, а в суперечливих ситуаціях і пацієнту), що дозволить контролювати ефективність лікування, швидко вирішувати суперечливі ситуації тощо.

Отже, АІС, розроблені для підтримки державної акредитації медичних закладів, сприятимуть підвищенню якості діяльності ЛПЗ України, забезпеченню якісної медичної допомоги населенню, ефективному функціонуванню управлінського апарату лікарні, діяльності адміністрації, завідувачів структурних відділень, лікарів у сучасних умовах розвитку галузі. Використання інформаційних систем забезпечить швидко і доступно проведення самоакредитації в лікарнях з отриманням відповідних оцінок, своєчас-

не вжиття необхідних заходів щодо покращення діяльності, дасть змогу зорієнтуватися у великій кількості директивних і нормативних документів. Вони допомогатимуть проводити об'єктивну оцінку якості надання медичної допомоги пацієнтами ЛПЗ, здійснювати обробку отримуваних даних медико-соціологічних досліджень, швидко отримувати потрібну інформацію стосовно стандартів медичних технологій з питань діагностики, методів лікування і його термінів, бажаних результатів лікування.

Створення АІС для лікувально-профілактичних закладів з метою підтримки державної акредитації і впровадження галузевих стандартів медичних технологій є важливим компонентом забезпечення якості медичної допомоги та підвищення ефективності функціонування медичних структур. Використання і впровадження інформаційно-пошукових систем у закладах охорони здоров'я інтегруються із загальнодержавними завданнями зі створення єдиного медичного інформаційного простору та інформатизації медичної галузі України.

Список літератури

1. *Європейська політика ВООЗ по досягненню здоров'я для всіх на двадцять перше століття (проект).* – Женева: ВООЗ, 1997. – 217 с.
2. *Кальчишин В.В., Бобир Ю.Г., Майоров О.Ю. та ін. Шляхи розвитку комп'ютерної медичної мережі України // Матеріали конференції "Інформаційне забезпечення охорони здоров'я в єдиному медичному просторі столиці держави".* – К., 1998. – С. 22–24.
3. *Пономаренко В.М. Основні напрямки державної політики інформатизації медичної галузі // Матеріали конференції "Інформаційне забезпечення охорони здоров'я в єдиному медичному просторі столиці держави".* – К., 1998. – С. 9–10.

СОВРЕМЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ГОСУДАРСТВЕННОЙ АКРЕДИТАЦИИ, СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

В.В.Кальчишин, А.В.Степаненко (Киев)

Освещены актуальные вопросы информационной поддержки государственной аккредитации учреждений здравоохранения, использования отраслевых стандартов медицинских технологий.

Представлены основные результаты по созданию информационных систем "Государственная аккредитация ЛПЗ Украины" и "Отраслевые стандарты медицинских технологий", предназначенных для удовлетворения информационных запросов пользователей (административно-управленческого аппарата больниц, заведующих отделениями, врачей), повышения качества и эффективности их деятельности, быстрого и эффективного проведения самоаккредитации учреждения, получения необходимой информации по стандартам медицинских технологий.

MODERN ENSURING OF THE PROCESS OF STATE ACCREDITATION AND STANDARDIZATION FOR MEDICAL TECHNOLOGIES WITH AUTOMATIC INFORMATION SYSTEMS

V.V.Kalnish, A.V.Stepanenko (Kyiv)

The actual questions of information support for state accreditation of medical institutions and for the implementation of sectorial standards of medical technologies have been shown.

The main results after creating of information systems "State accreditation of health institutions in Ukraine" and "Sectorial standards of medical technologies" are adduced. The abovementioned systems are intended for information needs of medical institutions to enhance quality and efficiency of their activities, to arrange efficient self-accreditation of health institutions, to collect data of standards of medical technologies.

А.М. НАГОРНА, Т.С. ГРУЗЕВА, В.В. ЄЛАГІН (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС, ЧЕРЕЗ 7 ТА 11 РОКІВ

Український інститут громадського здоров'я

Фізичний розвиток – один із найоб'єктивніших показників здоров'я дитячого населення. На відміну від інших показників здоров'я населення (захворюваність, інвалідність, смертність) показники фізичного розвитку дають пряму позитивну характеристику громадському здоров'ю. Під фізичним розвитком розуміють сукупність морфологічних і функціональних ознак, які характеризують розвиток і формування організму в процесі його росту. Він підпорядкований біологічним закономірностям розвитку і проявляється віковими особливостями таких показників, як зріст, маса тіла, окружність грудей та ін.

Зріст яскраво відбиває динаміку росту організму дитини, оскільки тісно корелює з віком. У більшій мірі він пов'язаний із внутрішніми (генетичними) чинниками, в меншій – з впливом зовнішніх, у тім числі екологічних, чинників. Зміни у стандартних показниках зросту відображають тривалі багаторічні процеси, пов'язані з генетичними змінами популяції.

Для оцінки та виявлення відхилень будь-який показник фізичного розвитку порівнюють із статеві-віковими нормами-стандартами. Такими стандартами можуть бути сучасні антропометричні референс-таблиці, складені для відповідного регіону. За ними визначають рівень та гармонійність фізичного розвитку дітей. Але значна залежність розвитку дитячого організму від комплексу внутрішніх і зовнішніх чинників призводить до швидкого постаріння норм-стандартів. Тому, на думку багатьох учених, стандарти показників фізичного розвитку дітей слід поновлювати кожні 5–10 років. Це особливо актуально для ситуацій, пов'язаних зі значними соціально-економічними та екологічними змінами.

Щоб дослідити вплив радіаційного чинника на дитячий організм, ми вивчали показники фізичного розвитку дітей різних населених пунктів, які відрізнялися за ступенем радіаційного забруднення. Так були обстежені діти і підлітки, які постійно

мешкають у м.Вишгороді, що відноситься до IV зони радіаційного забруднення, діти, які були евакуйовані з м.Прип'яті, тобто із зони безумовного відселення, а також постійні мешканці Києва – умовно чистої зони. Групи дітей і підлітків були поділені за віком і статтю. Дослідження проводилися в динаміці через 7 та 11 років після аварії.

Фізичний розвиток вивчався під час поглиблених медичних оглядів дитячого населення, що проводилися за проектом "Чорнобиль–Сасакава". У листку опитування крім інших даних, зазначалася дата народження, дані зовнішнього огляду, зріст (довжина тіла) в сантиметрах, маса в кілограмах, окружність грудей в сантиметрах. Всього було оглянуто 916 дівчаток та 816 хлопчиків м.Вишгорода, 113 дівчаток і 42 хлопчики, евакуйованих із Прип'яті в Київ, 119 дівчаток та 108 хлопчиків, які постійно мешкають в Києві, через 7 років після аварії, а також 600 дівчаток та 429 хлопчиків м.Вишгорода, 66 дівчаток та 84 хлопчики, евакуйованих із Прип'яті в Київ, 64 дівчинки та 57 хлопчиків постійних мешканців Києва через 11 років після аварії.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за загальноприйнятими у медицині методами варіаційної статистики. Тип розподілу оцінювався за допомогою комп'ютерних програм.

Для трьох показників фізичного розвитку (зріст, маса тіла та окружність грудей) розраховували середню арифметичну величину (M), середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації диференційовано для кожної вікової, статевої та територіальної групи. Крім того, визначалася стандартна помилка середньої арифметичної (m).

Через 7 років після аварії на ЧАЕС найбільший зріст мали дівчатка, які мешкали у зоні тривалої дії малих доз іонізуючого випромінювання. Вони випереджали за зростом дівчаток, евакуйованих із зони безумовного відселення, а також постійних мешканців м.Києва майже в усіх віко-

вих групах. Лише у віці 16–18 років евакуйовані з Прип'яті дівчата були вищими від своїх одноліток з Вишгорода. Найнижчий зріст в усіх вікових групах мали дівчата-киянки.

Ростовий стрибок у дівчаток і дівчат (13–18 років), які мешкали в зоні тривалої дії малих доз іонізуючого випромінювання, відбувався у 7-річному (на 7,2 см) та 11-річному віці (на 6,8 см). Евакуйовані дівчатка найбільший приріст мали в 7 років (7 см), 11 (8 см) і 12 років (7,6 см). У дівчаток і дівчат м.Києва збільшення зросту через 7 років після аварії відбувалося рівномірніше (щорічно на 5 см). У 6-, 8-, 11- та 12-річному віці зріст киянок збільшився на 6 см.

Через 11 років після аварії на ЧАЕС дівчатка і дівчата стали вищими, ніж їх однолітки через 7 років, на всіх досліджуваних територіях. Особливо підросли дівчатка, які були евакуйовані з м. Прип'яті. Так, якщо через 7 років після аварії 7-річні евакуйовані дівчатка мали зріст 123 см, то через 11 років – 133 см. Восьмирічні евакуйовані дівчатка збільшилися у зрості з 130,5 см до 136 см. Суттєво збільшився й середній зріст 12-річних дівчат (з 151 см до 157,5 см).

Таке швидке випередження у зрості евакуйованих дівчаток призвело до того, що через 11 років після аварії вони стали найвищими, порівняно з мешканцями зони тривалої дії малих доз іонізуючого випромінювання та контрольної зони в усіх вікових групах. Киянки через 11 років були найнижчими порівняно з мешканцями інших територій. Лише 16-річні дівчата з контрольної зони були вищими від евакуйованих на 1,5 см.

Через 11 років після аварії ростовий стрибок у дівчат з території тривалої дії малих доз іонізуючого випромінювання відбувався в 7 років (на 10,9 см), 10 і 12 років (на 7,2 см і 7 см відповідно). У евакуйованих з Прип'яті дівчаток ростовий стрибок через 11 років після аварії відбувався в 10 років (на 7,9 см) і 12 років (на 7,2 см), у дівчат з контрольної зони – в 9 (на 7,1 см), 12, 13 років (на 7,5 см та 7,8 см відповідно).

Зріст хлопчиків через 7 років після аварії, так як і в дівчаток, найвищим був на території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання. Тільки в 12–14 років зріст евакуйованих хлопчиків був дещо більшим від зросту хлопчиків з Вишгорода (на 0,9 і 2,1 см відповідно). Хлопчики з контрольної зони мали в цей період найменший зріст майже в усіх вікових групах. Ростовий стрибок через 7 років після аварії відбувався у хлопчиків з території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання в 6 (на 6,2 см), 13 (7,8 см) і 15 років (на 8,4 см). Суттєвим був приріст у 12 та 14 років (на 6,7 і 6,4 см відповідно). У евакуйованих хлопчиків збільшення спостеріга-

лось у 8-річному (на 10,1 см) і 13-річному (на 8,9 см) віці. Хлопці з контрольної зони найбільше підросли у 7 (на 7 см), 9 (на 9 см) і 14 (на 7 см) років.

Через 11 років після аварії збільшення середньої довжини тіла хлопчиків відбулося на всіх територіях і майже в усіх вікових групах. Лише хлопчики з території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання у 6, 13 та 15 років були нижчими, ніж через 7 років після аварії, а евакуйовані хлопці – у 13, 15 і 16 років.

Через 11 років після аварії у більшості молодших груп за зростом переважали евакуйовані хлопчики, які мали найбільші середні розміри довжини тіла у 7, 8, 10, 11 і 12 років. Серед 13–14-річних хлопців найвищими були хлопці з контрольної зони, а серед 15–16-річних – хлопці, які мешкали в зоні з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання. Ростовий стрибок через 11 років після аварії у хлопчиків з Вишгорода змістився з 6 на 7 років (10,1 см), з 13 на 14 років (7,7). У евакуйованих хлопчиків ростовий стрибок залишився у 7-річному віці (на 7,7 см) і змістився з 13-річного на 14-річний вік (на 7 см). Хлопчики з контрольної зони, як через 7, так і через 11 років, найбільше прибавляли зросту в 9 років. А стрибок з 14-річного віку змістився на 13 років.

Отже, через 11 років після аварії дівчатка найбільше прибавили зросту в 9, 10 та 12 років, хлопчики – в 11 та 14 років.

Порівняння зросту дівчаток і хлопчиків у певні вікові періоди через 7 років після аварії виявило певні особливості. Так, у 7-річному, 10-, 11- та 12-річному віці дівчатка були вищими за хлопчиків з м.Вишгорода. У віці 7, 9, 10 і 11 років переважання зросту спостерігалось серед евакуйованих дівчаток. Серед киян дівчатка були вищими від хлопчиків у 6, 8 та 11 років. У старших вікових групах хлопчики випереджали у зрості своїх одноліток дівчат.

Отже, переважання у зрості дівчаток над хлопчиками простежувалось у віці 7, 9, 10 і 11 років; з 12 років хлопчики випереджали дівчат.

Через 11 років після аварії дівчатка випереджали у зрості хлопчиків мешканців території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання у 6–8 та 12–13 років, евакуйованих хлопчиків – лише у віці 7 і 8 років. У інших вікових групах і контрольній зоні хлопчики були вищими від своїх одноліток-дівчаток.

Дослідження маси тіла дітей різних вікових груп також проводилося з диференціацією за статтю, територією проживання та часом. Як свідчать отримані дані, маса дівчаток на всіх територіях через 7 років після аварії на ЧАЕС збільшувалася пропорційно віку. Найбільшу масу через 7 років

мали дівчатка з території, де тривала дія малих доз іонізуючого випромінювання, найменшу – з контрольної зони у більшості вікових груп. У віці 6, 11, 12 і 15 років менше своїх одноліток з інших територій важили евакуйовані дівчатка. В інших вікових групах найлегшими були киянки.

Найбільшу прибавку маси тіла (6,3 кг і 6 кг відповідно) через 7 років після аварії було виявлено у дівчаток, які мешкали на території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання, та в евакуйованих дівчат у віці 12–13 років (5 і 5,8 кг відповідно), у киянок – у 14 років (6 кг).

Через 11 років після аварії у дівчаток населених пунктів з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання відбулося збільшення середньої маси тіла у віці 7, 10–14, 17 і 18 років і зменшення – у 6, 8, 9, 15 і 16 років. Маса евакуйованих з Прип'яті дівчат і дівчат із контрольної зони збільшилася за цей період у всіх вікових групах. Найменшу середню масу тіла мали дівчатка 8, 9, 11 і 12 років, що проживали на території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання, та дівчатка з контрольної зони у віці 7, 10, 13 і 15 років. Найбільша прибавка маси тіла у віці 10 і 12 років (10,3 та 7,9 кг відповідно) спостерігалась у дівчаток, з території де тривала дія малих доз, та у евакуйованих (5,6 та 6,4 кг відповідно), а у дівчаток з контрольної зони – у 8 років (5,1 кг).

Отже, найбільша прибавка маси тіла у дівчаток з території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання та у евакуйованих змістилась на більш ранній вік – 10 і 12 років. У дівчат з контрольної зони такої закономірності не виявлено.

Серед хлопчиків різних територій проживання найбільшу масу тіла через 7 років після аварії мали діти, які проживали на території з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання. Найменше важили хлопчики з умовно чистої зони у більшості вікових груп. Лише у віці 9 і 10 років найлегшими були евакуйовані хлопчики.

Збільшення маси тіла найбільш інтенсивно відбувалось у хлопчиків населених пунктів з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання у 12–16 років (з 5 кг до 7,3 кг відповідно), у евакуйованих – у 11 років (6,5 кг), у дітей з чистої зони – у 12 (5 кг) і 14 років (6 кг).

Через 11 років після аварії відбулося збільшення середньої маси тіла в усіх вікових групах дітей, евакуйованих з Прип'яті, тих, що проживають у Києві, і частково (5, 10, 11, 14 років) у дітей, які мешкають у населених пунктах з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання. В результаті найбільшу масу тіла мали евакуйовані діти 7, 8, 12–14 років. У віці 10, 11, 15 і 16 років

найбільшу масу мали, як і раніше, хлопчики, які проживають на територіях з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання. Хлопчики з Києва мали найменшу масу тіла порівняно з іншими групами у більшості вікових груп. Найбільша прибавка маси тіла у хлопчиків з Вишгорода спостерігалась в 10 років (9,1 кг) і 13–15 років (5,4 і 6,3 кг відповідно), у евакуйованих – в 11 років (5,9 кг), у киян – в 12 і 13 років (6,9; 7,4 кг).

Аналіз середніх величин окружності грудей через 7 років після аварії свідчить, що у дівчаток, які мешкають у зоні тривалої дії малих доз іонізуючого випромінювання, окружність грудей збільшувалась пропорційно віку і була найбільшою. Лише у дівчат 17 і 18 років середня окружність грудей була дещо меншою від такої у 16-річних дівчат. У дівчаток, які були евакуйовані з Прип'яті, та киянок збільшення окружності грудей відбувалося поступово і пропорційно віку. Через 11 років відбулося збільшення середньої окружності грудей у дівчат усіх вікових груп. Найбільшу окружність грудей мали евакуйовані дівчата, найменшу – киянки.

У хлопчиків, які мешкали на територіях з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання, середні величини окружності грудей збільшилися майже в усіх вікових групах за винятком 5, 16 і 18 років. Така сама закономірність простежується у хлопчиків, евакуйованих з Прип'яті, та у постійних мешканців Києва. Через 11 років після аварії окружність грудей у них була більшою, ніж через 7 років у всіх вікових групах.

Через 7 років після аварії найбільшу окружність грудей мали хлопчики з територій з тривалою дією малих доз, найменшу – хлопчики – мешканці чистої зони більшості вікових груп. Через 11 років після аварії найбільші середні величини окружності грудей були характерні для евакуйованих хлопчиків, найменші – для хлопців з чистої зони.

Ступінь відмінності окружностей грудей у хлопчиків різних територій через 7 та 11 років після аварії був слабким. У хлопчиків 10 років, які проживають на території з тривалою дією малих доз, через 7 років після аварії ступінь відмінності досліджуваних показників був середнім ($C=11,8\%$). Сильний ступінь відмінності показників ($C=43,6\%$) виявлений через 11 років після аварії на ЧАЕС у хлопчиків 9 років, які були евакуйовані з Прип'яті у Київ.

Проведене дослідження дозволило виявити деякі особливості у фізичному розвитку дітей, які мешкають на територіях радіаційного контролю та евакуйовані з м. Прип'яті, у порівнянні з дітьми з умовно чистої території. Порівнюючи показники фізичного розвитку цих дітей нами визначено,

що через 11 років після аварії відбулося збільшення середньої довжини тіла дівчаток у всіх вікових групах і на всіх територіях порівняно з такою через 7 років. Збільшення середньої довжини тіла хлопчиків також спостерігалось на всіх територіях майже в усіх вікових групах, за винятком 6-, 13- та 15-річних хлопчиків з територій з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання, та 13-, 15- і 16-річних евакуйованих хлопчиків.

Через 7 років після аварії найвищими були дівчатка і хлопчики з населених пунктів з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання, найнижчими – кияни. Через 11 років найбільший зріст мали евакуйовані з Прип'яті дівчатка та хлопчики у більшості вікових груп.

Середня маса тіла дівчаток і хлопчиків через 11 років після аварії стала більшою серед евакуйованих і тих, хто проживає в умовно чистій зоні в усіх вікових групах, і в більшості вікових груп дітей, які мешкають на територіях з тривалою дією малих доз іонізуючого випромінювання.

Через 7 років після аварії найважчими були дівчатка та хлопчики з територій з тривалою дією

малих доз, найлегшими – діти з умовно чистої зони. Через 11 років після аварії найважчими стали евакуйовані дівчата в усіх вікових групах і хлопчики більшості вікових груп. Найлегшими були хлопчики з контрольної зони.

Через 11 років після аварії окружність грудей збільшилася у дітей усіх досліджуваних груп, але найбільше – у евакуйованих.

Отже, показники фізичного розвитку дітей через 11 років після аварії збільшилися в порівнянні з семирічним післяаварійним періодом на всіх територіях і у всіх вікових групах, за деяким винятком. У дітей, які зазнали найбільшого впливу радіаційного чинника ці показники збільшилися найвиразніше. Так, зріст, маса тіла та окружність грудей у евакуйованих з Прип'яті дітей через 11 років після аварії стали найбільшими порівняно з іншими групами дітей. Ця особливість пов'язана, ймовірно, зі складною дією радіаційного чинника на механізми розвитку дитячого організму й вимагає спеціальних поглиблених досліджень, особливо враховуючи ретардацію фізичного розвитку дітей, визначену дослідниками в перші 5 років після аварії.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ЧАЭС, СПУСТЯ 7 И 11 ЛЕТ

А.М.Нагорная, Т.С.Грузева, В.В.Елагин (Киев)

Освещены результаты исследования показателей физического развития детей и подростков, проживающих в населенных пунктах с различной степенью радиационного загрязнения, проведенного в рамках проекта "Чернобыль-Сасакава" спустя 7 и 11 лет после аварии. Выявлены определенные особенности и тенденции в динамике роста, массы и окружности груди у детей различных возрастно-половых и территориальных групп.

PHYSICAL DEVELOPMENT FEATURES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS THOSE AFFECTED BY CHORNOBYL DISASTER, 7 YEARS LATER AND 11 YEARS LATER

A.M. Nahorna, T.S. Hruzeva, V.V. Yelahin (Kyiv)

The research data of physical development of children and adolescents, those residing in radioactive contaminated areas are adduced. The data were collected within the Chornobyl-Sasakawa project, 7 and 11 years later after the disaster. The special features and tendencies in growth dynamics, mass and circumference of the chest among children of various age, sex and area groups were revealed.

СУЧАСНИЙ СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНИХ ГАРАНТІЙ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ

Інститут геронтології АМН України

Головною рисою прогресивного суспільства і забезпечення принципу соціальної справедливості для кожного громадянина є створення умов його гідного існування, соціальної захищеності і впевненості у майбутньому. Усе це формує соціальне здоров'я населення і безпосередньо впливає на фізичне, душевне та соціальне благополуччя кожної людини, з чого, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, саме і складається здоров'я [4].

Можливість реалізації гуманного ставлення держави до членів суспільства, в тому числі й літніх людей, законодавчо закріплена Конституцією України 1996 року [6]. Однією з головних її соціальних засад є "право громадян на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості. Пенсії, інші види соціальних виплат та допомоги, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму, встановленого законом" (ст. 46). Але, на жаль, реальні середні пенсійні виплати сьогодні зовсім не гарантують ні гідного прожиткового, ані достатнього фізіологічного мінімуму життя.

Середній розмір призначених пенсій на 1 січня 1999 р. становив 60,4 грн (40,8% середньої заробітної плати працівників, зайнятих у галузях економіки, в тому числі й працівників колективних сільськогосподарських підприємств, за січень 1999 р., або 66,6% вартості межі малозабезпеченості). Мінімальний розмір трудової пенсії за віком з урахуванням цільової грошової допомоги становить з 01.12.9841 грн. Із відновленням індексації пенсій відповідно до законодавства про індексацію грошових доходів населення з 01.12.98 пенсії, розмір яких не перевищував величини вартості межі малозабезпеченості (73,7 грн, а з 01.01.99 – 90,7 грн), проіндексовано на 6,3%, з лютого 1999 р. – на 7,8%. Незважаючи на певні позитивні тенденції, що намітилися в пенсійному забезпеченні громадян, у 1998 р. не вдалося призупинити зростання заборгованості фінансування виплати пен-

сій та грошової допомоги. Порівняно з 1997 р. вона зросла у 1998 р. на 650,6 млн грн і на 01.01.99 становила 2013,3 млн грн [10].

Найбільш незахищеною групою пенсіонерів є самотні непрацездатні літні люди. Органами соціального захисту населення разом із благодійними організаціями та іншими установами надається натуральна та грошова допомога самотнім непрацездатним громадянам. Так, у 1997 р. взято на облік 930,9 тис. чоловік, у тому числі у сільській місцевості – 488,4 тис. чоловік. Одержали натуральну допомогу харчовими продуктами, гарячими обідами, промисловими і господарчими товарами 801 тис. чоловік (середній розмір допомоги 26,6 грн), грошима – 233 тис. чоловік (середній розмір допомоги 40 грн). Цільова грошова допомога надана 2,3 млн пенсіонерів за віком, у тому числі в сільській місцевості – 1,6 млн чоловік (середній розмір допомоги – 10,6 грн) [11]. У 1998 р. грошову допомогу одержали 490 тис. чоловік на загальну суму 15,2 млн грн, натуральну – 1,8 млн чоловік на 71,7 млн грн [10,11].

Однією з форм соціального захисту громадян похилого віку є організація соціально-побутового та медичного обслуговування їх через мережу інтернатів, територіальних центрів і відділень соціальної допомоги. В Україні діє 57 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів, 14 пансіонатів, 3 спеціальні будинки для літніх людей і 147 психоневрологічних інтернатів, у яких мешкає 47,8 тис. чоловік. За 1998 р. витрати на утримання будинків-інтернатів профінансовано в середньому по Україні на 79%. Кредиторська заборгованість цих закладів на 01.01.99 становила 19 млн грн. Альтернативно стаціонарним закладам організоване соціальне обслуговування самотніх непрацездатних громадян похилого віку вдома. Силами 38 тис. соціальних працівників з 631 територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів і 130 відділень соціальної допомоги надається допомога понад 500 тис. чоловік [10].

Однак переважна більшість пенсіонерів перебуває у скрутному матеріальному становищі. Посилення негативних тенденцій у споживчому сек-

торі економіки України з настання ринкових перетворень, глибокий спад виробництва в галузях, зорієнтованих на задоволення потреб внутрішнього споживчого ринку, призвели до суттєвого обмеження споживання населенням товарів і послуг. Так, у порівнянні з 1990 р. валова продукція сільськогосподарства зменшилася в 1,7 раза, загальний індекс фізичного обсягу роздрібного товарообороту скоротився на 87%. Спостерігається різке скорочення продажу продовольчих товарів, а саме: м'яса і м'ясопродуктів в 6,3 раза, тваринного масла – 7,2, молока і молочних продуктів – 9,5, сиру – 6,7, яєць – 10,7, цукру – 11,5, хлібопродуктів – 2,9, картоплі – 9,5, овочів – 9,6, фруктів – 5,7 раза. Скоротився продаж товарів культурно-побутового і господарського призначення [11]. Все це безпосередньо вплинуло на якість життя старих людей. Основу їх харчування здебільшого стали складати хліб, хлібопродукти та картопля.

Отже, державою не забезпечується принцип соціальної справедливості стосовно літніх людей і виконання ст. 48 Конституції України про право кожного громадянина "на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло."

Соціальні гарантії в старості, зокрема пенсійні виплати, мають бути соціально виправданим відбитком трудового внеску, що надалі визначає матеріальне забезпечення людини, її становище в суспільстві залежно від результатів суспільно корисної праці. Розрахунками вчених-демографів і соціологів визначено так званий економічний потенціал людського життя. Сутність його полягає в тому, що кожна людина за своє трудове життя набагато більше виробляє, ніж споживає. Якщо середнім віком початку трудової діяльності вважати 19 років, а середнім реальним віком виходу на пенсію – 62 роки, то вже до 28 років людина повністю повертає суспільству витрачені на неї кошти у дитинстві, підлітковому і літньому віці навіть з урахуванням витрат на освіту, надання житла і соціальних благ у зрілому віці, а в наступному – приносить чистий прибуток [3]. Тобто, задоволення соціальних потреб літньої людини, яка після тривалих років праці вже наперед сплатила витрати на неї, є суто державною справою, і ставитись до пенсіонерів за віком як до утриманців суспільства немає підстав.

Чим більше права відбивають реальні потреби людей, тим досконаліше регулювання державою тих або інших суспільних відносин. Крім права на матеріальне забезпечення в старості, літні люди, як й інші громадяни, мають право на працю (ст. 43), житло (ст. 47), охорону здоров'я (ст. 49), безпечне для життя і здоров'я довкілля (ст. 50) тощо.

Однією з найсучасніших загальних потреб людей першого пенсійного десятиліття є потреба в продовженні посильної праці. Виходячи з Основного закону, "кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя... Держава створює умови

для повного здійснення громадянами права на працю, гарантує рівні можливості... Громадянам гарантується захист від незаконного звільнення."

Отже, літні люди мають повне право на працю, і не існує правових норм, згідно з якими можлива вікова дискримінація дорослих людей під час приймання на роботу або звільнення з неї. Водночас зростаючий у країні рівень безробіття (за останній рік у 4,3 раза) все частіше провокує жорстку негативну позицію адміністрації підприємств і організацій до працюючих пенсіонерів та упереджене ставлення до слушного використання досвіду і відданості літніх працівників, засноване на віковому критерії. За даними соціологічного опитування, мали змогу продовжити свою трудову діяльність не більше 20% осіб літнього віку.

Економічні труднощі сучасного життя призводять до порушення забезпечення гарантованих прав громадян України на житло: призупиняється розвиток державного і громадського житлового фонду, стає недоступним для широкого загалу кооперативне та індивідуальне будівництво, набули неосяжності терміни надання громадянам упорядкованих помешкань тощо. Оплата житла і комунальних послуг не відповідає середнім розмірам заробітної плати і пенсіям. Важливе значення для літніх людей мають пільги і субсидії при цих сплатах.

Приватизація, успадкування, продаж і купівля приватних житлових приміщень дозволяють літнім людям певним чином забезпечувати соціальний комфорт собі та своїм рідним. Поряд з цим поширилися випадки зловживання приватними компаніями довірливістю і юридичною неграмотністю населення, в тому числі самотніх людей похилого віку.

Певний психологічний пресинг на літню людину має негативна динаміка злочинності. Порівняно з 1985 р. кількість зареєстрованих злочинів зросла в 2,5 раза, а такий вид злочину, як виготовлення і збут підроблених грошей або цінних паперів збільшився у 140 разів. Кількість тяжких злочинів зросла в 2 рази [11]. Щоб запобігати виникненню кримінальних ситуацій старі люди, останнім часом значно рідше укладають договори про догляд їх у старості за успадкування житла, обмінюють житлову площу.

Існує певна група людей, серед них і похилого віку, котрі за тих чи інших обставин зовсім не мають своєї оселі. Фахівці школи соціальної роботи Національного університету "Кієво-Могилянська Академія" під час спеціального дослідження поширення жебрацтва в Україні встановили, що середній вік людей, які жебракують у Києві, становить 64–65 років. Дві третини осіб серед тих, які не мають даху над головою і живуть за рахунок милостині, старші 60 років [7].

Бідність і слабе здоров'я зазвичай ідуть пліч-о-пліч. Тільки те суспільство може вважатися сучасним і цивілізованим, яке найбільш повно і послідовно вирішує питання охорони здоров'я населення, з

особливою увагою ставиться до найуразливіших і найменш захищених його груп. За Конституцією України "кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена" [5].

В Україні у структурі Зведених (державних і місцевих) бюджетів за 1992, 1995 і 1996 рр. видатки для поточних витрат на лікувально-профілактичні заклади становили відповідно 8,8; 9,7 і 8,7%, санітарно-профілактичні заклади і заходи – 0,3; 0,4 і 0,3%, на соціальний захист населення – 18,7, 13,7 і 12%. Співвідношення видатків з державного і місцевого бюджетів на соціально-культурні заходи змінилося з 1:2,1 (32,5 і 67,5%) у 1992 р. на 1:3,3 (23,1 і 76,9%) у 1996 р. Разом з тим рівень захворюваності всього населення у 1996 р. становив 59 319 вперше зареєстрованих випадків захворювань на 100 000 чоловік і в порівнянні з 1990 р. збільшився на 5,1%. За зазначений період захворюваність на новоутворення зросла на 9,7%, хвороби крові та кровотворних органів – 81,4, психічні розлади – 2,1, хвороби нервової системи та органів чуття – 18, хвороби системи кровообігу – 24,8, хвороби органів травлення – 12,9, хвороби сечостатевої системи – 34,7, хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини – 43,3, активний туберкульоз – на 44,2% [11].

З віком погіршується фізичне і психічне здоров'я людини. За останні 10 років темпи цього погіршення стали стрімкішими [1]. По мірі старіння збільшується як рівень первинної захворюваності, так і частота поширеності хвороб, поєднання кількох видів патології, чисельність повільно зростаючих патологічних хронічних процесів; зростає схильність організму до загострень і ускладнень захворювань, атипівність і стертість клінічних проявів хвороб, тривалість періоду одужання. Так, якщо раніше до 75 років 2–3% осіб залишалися практично здоровими, то, за даними проведених нами епідеміологічних досліджень за програмою "Епідеміологія прискореного старіння в Україні" (1991–1995 рр.), серед обстежених людей старшого віку майже не було тих (близько 1,2%), хто не мав хоча б однієї хронічної хвороби у настільки компенсованій формі, щоб їх можна було визнати практично здоровими.

Рівень поширеності хвороб у літніх людей, за даними комплексних медичних оглядів, становив 4295,1‰, що у 2,7 раза більше від такого за офіційними даними поширеності захворювань за звертаннями відповідного населення за медичною допомогою у 1996 р. (1586,1‰) [2]. Це пов'язано зі зменшенням доступності первинної медичної допомоги для людей зі зниженими фізичними мож-

ливостями, слабкою розвиненістю структури медико-соціальної допомоги літнім людям удома. Основними видами патології у літніх людей стають серцево-судинні, кістково-м'язові, нервові та шлунково-кишкові захворювання. Суттєво зростає кількість випадків дихальної, ендокринної патології та психічних розладів. У осіб 60 років і старше рівень захворюваності у 1,7–2 рази перевищує аналогічний показник у людей середнього віку.

За останнє п'ятиріччя збільшилася смертність літнього населення: чоловіків – на 7,7%, жінок – 6,8% [5].

Паралельно зі зростанням захворюваності та смертності населення країни знизилася виробництво вітчизняної медичної техніки і лікарських засобів, які забезпечують лікування людей похилого віку з меншими матеріальними витратами. Так, кількість виготовлених електрокардіографів у порівнянні з 1990 р. зменшилася в 56 разів, томографів – 15, лікарських засобів для лікування хворих на серцево-судинні захворювання – 2,1–2,5, новоутворення – 3,8, очні хвороби – 1,4, ендокринні хвороби та хвороби органів травлення – 4–1,4, рентгеноконтрастних та інших діагностичних речовин – 2,8, вітамінних препаратів – 1,1–10,1 раза. Разом з тим прямі інвестиції з галузей економіки України в економіку інших країн у 1996 р. по лінії охорони здоров'я (здебільшого у фармацевтичну промисловість) становили 48,2% (39,8 млн доларів США) від загального обсягу інвестицій (для порівняння: у внутрішню торгівлю – 4,4%, зовнішню торгівлю – 0,9, відпочинок – 0,2%) [11].

Підтримка здоров'я літніх людей забезпечується комплексом лікувальних і реабілітаційних заходів амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних медичних закладів. Проте загальна кількість лікарняних ліжок у порівнянні з 1990 р. зменшилася на 17,1% (з 700 до 580 тис.; з 135,5 до 114,6 на 10 000 населення), а лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів – збільшилася на 2,9% (з 6,9 тис. до 7,1 тис.; з 173,1 до 189,7 на 10 000 населення). Кількість станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, за досліджуваний період збільшилася на 9,5% (з 970 до 1062); кількість лікарів усіх спеціальностей – 2,7% (з 44 до 45,2 на 10 000 населення); кількість середнього медичного персоналу зменшилася на 2,2% (з 117,5 до 115 на 10 000 населення). Водночас загальна кількість осіб, яким була надана допомога (амбулаторно при виїздах швидкої медичної допомоги), зменшилась у порівнянні з 1990 р. на 15,4% (з 345 до 292 на 1000 населення). Тільки за рік у 2 рази збільшилася кількість платних послуг, наданих охороною здоров'я (з 41,8 млн грн у 1995 р. до 84,7 млн грн у 1996), в тому числі у сільській місцевості – в 1,4 раза [11]. Літні люди, особливо у демографічно старих регіонах, становлять майже половину загальної кількості пацієнтів амбулаторного прийому і третину від стаціонарних хворих, але для них платне обслуговування

не може стати реальною формою допомоги. Надто повільний розвиток має поширення інфраструктури довгострокових форм медико-соціальної допомоги, в тому числі вдома, і реабілітаційних геріатричних закладів.

Певний вплив на здоров'я літніх людей має забруднення навколишнього середовища. Сучасна геріатрія має вже досить великий фактичний матеріал щодо впливу негативних екологічних чинників на захворюваність населення старше працездатного віку [8,9,13]. Не доводиться очікувати доброго здоров'я населення при тому, що річне скидання забруднених стічних вод у природні поверхневі водні об'єкти становить близько 4,1 млрд м³ (третину загального об'єму стічних вод), шкідливі викиди в атмосферне повітря – 6,3 млн т за рік [11]. І все це тільки контрольовані і зареєстровані викиди, що, по суті, значно менші за фактичне забруднення навколишнього середовища, яке провокує загострення хронічної патології і виникнення тяжких наслідків.

На закінчення слід зауважити, що при невідповідності потреб населення можливостям їх реаль-

ного задоволення виникає певне соціальне напруження. Особливо це стосується літніх людей, більшість із яких через похилий вік і погане здоров'я не мають змоги чекати на покращення економічного стану країни і бажають негайного забезпечення даних державою зобов'язань.

У цьому контексті створення гідних умов вже сьогодні – основна особливість надання медико-соціальної допомоги літнім людям, що потребує детального вивчення і науково обгрунтованих організаційних заходів системно-правового характеру. Важливим кроком до вирішення цієї проблеми став наказ Президента України "Про програму "Здоров'я літніх людей", який визначає стратегію перехідного періоду (1998–2002 рр.) до створення сучасної державної системи геріатричної допомоги населенню.

Рішенням 47-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН 1999 рік проголошено Міжнародним роком громадян похилого віку [10]. Україна як повноважний член ООН підтримує цю ініціативу з метою привернення уваги суспільства до проблем літніх людей, вжиття заходів до найшвидшого забезпечення їх конституційних гарантій.

Список літератури

1. Баженова Г.И., Вержиковская Н.В., Деркач Н.В., Ехнева Т.Л. Заболеваемость населения пожилого возраста г.Киева в период с 1958 по 1991 г. // Пробл. старения и долголетия. – 1993. – Т.3. – №2. – С.140–145.
2. Безруков В.В., Вержиковська Н.В., Ехнева Т.Л. Захворюваність населення старше працездатного віку в Україні // Журн. АМН України. – 1998. – Т.4. – №2. – С.268–278.
3. Бородкин Ф. Экономический потенциал человеческой жизни // Наука и жизнь. – 1986. – №9. – С.24.
4. Здоровье пожилых: Докл. Комитета экспертов ВОЗ // Материалы ВОЗ. Сер. техн. докл. 779. – Женева: ВОЗ, 1992. – 96 с.
5. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 р.). – К.: Б.в., 1998. – 386с.
6. Конституція України. – К.: Преса України, 1997. – 80с.
7. Невтсон Р.Л. Жебрацтво в Києві // Соц. політика і соц. робота. – 1997. – № 2–3 (3,4). – С.50–59.
8. Першин И.Г., Литвинов Н.Н., Сенчук С.В. Оценка величины предельно допустимого выброса вредных веществ в атмосферу с учетом заболеваемости населения // Гигиена и санитария. – 1992. – №1. – С.6–8.
9. Петровский А.М., Дартау Л.А. Здоровье популяции и автоматизированный скрининг поведенческих и экологических факторов // Экология, медицина и радиоэлектроника: Сб. ст. – М.: Б.и., 1991, С.35–54.
10. Праця та соціальна політика в Україні: Аналіт.-стат. зб. – К.: Соцінформ, 1999. – 127с.
11. Статистичний щорічник України за 1996 р. – К.: Укр. енциклопедія, 1997. – 618с.
12. Україна в цифрах у 1997 році. – К.: Наук. думка, 1998. – 182 с.
13. *Epidemiology in Old Age* // BMJ Publ.Group/Ed by S. Ebrahim, A.Kalache. – London, 1997. – 436p.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНСТИТУЦИОННЫХ ГАРАНТИЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

В.В. Чайковская (Киев)

Представлен анализ социальных гарантий сохранения здоровья пожилых людей, законодательно закрепленных в Конституции Украины. Приведены данные официальной статистики и собственных исследований.

MODERN STATE OF CONSTITUTIONAL GUARANTEES FOR THE HEALTH PROTECTION OF OLDER PEOPLE

V.V. Chaikovska (Kyiv)

The analysis of social guarantees of health protection of the elderly people legislatively fixed in the Constitution of Ukraine is submitted. The data of official statistics and own research are given.

Л.М. ПІОТРОВИЧ, Н.Г. ГОЙДА, О.І. ТИМЧЕНКО, Т.М. ПОКАНЕВИЧ (Київ)

ВДОСКОНАЛЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В РАЗІ ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКЦІЇ

Управління охорони здоров'я Київської облдержадміністрації,
МОЗ України, Український науковий гігієнічний центр

Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я держава гарантує надання спеціалізованої (вторинної) лікувально-профілактичної допомоги "лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики"[2].

У разі порушення репродуктивної функції населенню відповідно до Положення про медико-генетичну службу України, затвердженого наказом МОЗ України №77 від 14.04.93 [7], повинна надаватися медико-генетична допомога. Мешканцям Київської області допомога надається міжрайонними медико-генетичними кабінетами та Київським міжобласним медико-генетичним центром, розташованим на базі 14-ї дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" (м. Київ). На територіях областей, на яких функціонують міжобласні медико-генетичні центри, обласні медико-генетичні кабінети, передбачені наказом, не організовуються.

Згідно з тим самим наказом лікар-генетик має консультувати три потоки осіб. Перший потік забезпечує пологовий стаціонар – консультують усіх живонароджених з підозрою на вроджені аномалії, другий – дитяча поліклініка – особи, які мають дітей із встановленою спадковою і вродженою патологією або підозрою на неї, а також із затриманням психо-фізичного розвитку невстановленої етіології та порушенням статевого розвитку. Нарешті, третій потік до лікаря-генетика забезпечують жіночі консультації та гінекологічні стаціонари; направляють жінок із первинною аменореєю, неплідністю та невиношуванням вагітності, в яких народжувалися діти з вродженими аномаліями та якщо у їхніх родичів зустрічалася спадкова патологія, а також жінок, у яких є діти з відставанням психічного і соматичного розвитку, вагітних 35 років і старіше, та тих, які самі чи їх чоловіки мали контакт з мутагенними і тератогенними чинниками до і під час вагітності.

На середину 1995 р. (початок роботи з удосконалення системи медико-генетичної допомо-

ги в області) функціонував тільки один міжрайонний медико-генетичний кабінет у м. Білій Церкві. Це не могло забезпечити кваліфіковане надання медико-генетичної допомоги населенню, що знаходило своє відображення в показниках діяльності медичної служби та тих, що характеризують здоров'я населення. Охоплення вагітних дворазовим ультразвуковим скринінгом до 28 тижнів вагітності становило лише 67,5%. Частка обстежених на фенілкетонурію немовлят області була меншою від такої по Україні (59 і 70 % відповідно). Спостерігалось народження дітей з гідроцефалією і аненцефалією. В області залишалася високою питома вага невиношування. В умовах різкого зниження рівня народжуваності все викладене потребувало розробки цілісного комплексу заходів щодо збереження кожної бажаної вагітності та народження здорової дитини.

У зв'язку з цим в управлінні охорони здоров'я Київської облдержадміністрації розроблений "План заходів щодо усунення недоліків з надання спеціалізованої допомоги", який передбачав розвиток у області спеціалізованих акушерсько-гінекологічних служб (планування сім'ї, дитячої та підліткової гінекології) та служби медичної генетики. З метою покращення медико-генетичної допомоги населенню області був виданий наказ, що передбачав організацію обласного та чотирьох міжрайонних медико-генетичних кабінетів – Броварського, Васильківського, Переяслав-Хмельницького, Фастівського. Всі райони області були розподілені за територіальним принципом, у тому числі й медико-генетичний кабінет у Білій Церкві, що був заснований раніше [3].

Одним з етапів організації цілісної системи медико-генетичної служби стало створення Обласного медико-генетичного центру як головного медичного закладу з проблем медико-генетичного консультування і взаємодії медичних закладів області з даного питання [6].

Відпрацьовано Положення про порядок виявлення медичними закладами випадків спадкової та

вродженої патології, форма повідомлення про народження дитини (плода) з вродженими вадами розвитку. Визначені згідно з наказом МОЗ України №77 від 14.04.93 [7] контингенти хворих для направлення в обласний медико-генетичний центр.

В області також планувалося налагодження роботи стаціонарної та амбулаторної поліклінічної гінекологічної допомоги дітям і підліткам. На виконання Національної програми планування сім'ї, затвердженої Кабінетом Міністрів України 13.09.95 (№736), був розроблений і затверджений розпорядженням голови Київської обласної держадміністрації №138 від 27.02.96. "План заходів з виконання обласної програми планування сім'ї". Відповідно до одного з пунктів даного плану був створений обласний Центр планування сім'ї та репродукції людини, передбачена організація роботи служби планування сім'ї [8]. Основними завданнями Центру стало надання діагностичної та лікувальної допомоги, проведення санітарної просвіти з широкого кола питань, пов'язаних з охороною репродуктивного здоров'я сім'ї, інтеграція роботи закладів охорони здоров'я матері і дитини з питань планування сім'ї. Цим самим наказом передбачалося також створення мережі кабінетів з питань планування сім'ї.

Основними завданнями кабінетів планування сім'ї стали:

- інформаційно-просвітницька робота серед населення з питань статевих виховання та підготовки молоді до статевих життя, планування сім'ї, збереження репродуктивного здоров'я, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом;
- підвищення культури статевих відносин серед населення області, в тому числі за допомогою друкованих тематичних видань, радіо і телепередач, магнітофонних записів, відеофільмів, стендової інформації;
- сприяння забезпеченню населення засобами контрацепції;
- організація роботи "телефону довіри";
- надання медичних консультацій з питань планування сім'ї, відбір пацієнтів для консультування в обласному Центрі планування сім'ї та репродукції людини;
- навчання середніх медичних працівників сучасним методам контрацепції та їх пропаганді;
- співпраця з медико-генетичним кабінетом з питань обстеження сім'ї з спадковою та вродженою патологією, зокрема, проведення пренатальної діагностики.

У подальшому для об'єднання зусиль медико-генетичної служби та служби планування сім'ї була створена окрема обласна установа – Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини [4], який став правонаступником пологових і

гінекологічних відділень, консультативних акушерсько-гінекологічних кабінетів, поліклінічного відділення Київської обласної клінічної лікарні, Центру планування сім'ї та репродукції людини, Медико-генетичного центру. Одним з головних завдань створеного центру стало проведення медико-генетичного консультування населення, пренатальної діагностики вроджених аномалій, медико-генетичне обстеження новонароджених.

Для організації створення цілісної системи профілактики репродуктивних втрат і сприяння народженню здорової дитини був підготовлений наказ, за яким в області створювалися кабінети дитячої та підліткової гінекології [9]. На початок 1998 р. в області були доведені до всіх лікувальних закладів накази, що регламентували роботу наведених кабінетів.

З метою подальшого налагодження роботи служби планування сім'ї, кабінетів дитячої та підліткової гінекології і надання медико-генетичної допомоги управлінням охорони здоров'я Київської держадміністрації чітко визначені показання щодо направлення на консультацію до спеціалістів планування сім'ї та медичної генетики [5]. Це дало змогу об'єднати зусилля лікарів різних спеціальностей (акушерів-гінекологів, дитячих і підліткових гінекологів, планування сім'ї, медичних генетиків) на зменшення репродуктивних втрат. При цьому слід зазначити, що в області додатково до п'яти функціонуючих відкрито ще два міжрайонні медико-генетичні кабінети.

Так була створена етапна система надання спеціалізованої (вторинної) допомоги, направлена на забезпечення репродуктивного здоров'я населення Київської області. Перший етап передбачає діяльність кабінетів планування сім'ї, дитячої та підліткової гінекології, створених у центральній районній та міській лікарнях.

На другому етапі працюють міжрайонні медико-генетичні кабінети, на третьому – допомога надається у відділенні планування сім'ї та медичної генетики Київського обласного центру охорони здоров'я матері та дитини.

Впровадження (хоча й поетапне) системи заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я населення принесло очевидні результати. У 1999 р. практично всі новонароджені були охоплені масовим скринінгом на ФКУ, не виявлено випадків народження дітей з аненцефалією, значно збільшилося охоплення вагітних пренатальним ультразвуковим скринінгом. При цьому зменшилася кількість репродуктивних втрат [1]. Відпрацювання запропонованої моделі в області продовжується.

Отже, налагодження в Київській області трьохрівневої системи надання спеціалізованої медичної допомоги сприяло покращенню показників, що характеризують репродуктивне здоров'я населення.

Список літератури

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні втрати. – М.:Триада-Х. – 1997. – 188 с.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Вісн. Верховної Ради. – 1993. – №4.
3. Про заходи подальшого розвитку медико-генетичної допомоги в області. Наказ Київської облдержадміністрації №105 від 02.06. 95.
4. Про організацію Київського обласного центру охорони здоров'я матері та дитини: Наказ Київської облдержадміністрації №50 від 19.03. 97.
5. Про організацію роботи поліклінічних служб Центру охорони здоров'я матері та дитини: Наказ Київської облдержадміністрації №153 від 03.06.98.
6. Про становлення обласного медико-генетичного центру: Наказ Київської облдержадміністрації №361 від 11.11.96.
7. Про стан та заходи подальшого розвитку медико-генетичної допомоги в Україні: Наказ МОЗ України №77 від 14.04.93.
8. Про створення Обласного Центру планування сім'ї та репродукції людини: Наказ Київської облдержадміністрації №366 від 14.11. 96.
9. Про вдосконалення служби дитячої та підліткової гінекології: Наказ Київської облдержадміністрації №93 від 05.05.97.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКЦИИ

Л.М. Пиотрович, Н.Г.Гойда, О.И. Тимченко, Т.М. Поканевич (Київ)

Описаны организационные мероприятия, позволившие создать трехуровневую систему специализированной медицинской помощи (I уровень – кабинеты детской и подростковой гинекологии, II – межрайонные медико-генетические кабинеты, III уровень – медико-генетическое отделение Областного центра охраны здоровья матери и ребенка), улучшить показатели, характеризующие состояние репродуктивного здоровья населения.

IMPROVEMENT OF SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR THE POPULATION IN CASE OF REPRODUCTION DISORDERS.

L.M.Piotrovich, N.G.Hoida, O.I.Timchenko, T.M.Pokanovich (Kyiv)

Organization measures which allow to create the three - level system of specialized medical care (the first level - gynecology cabinets for children and adolescens, cabinets for family planning in regional and town hospitals, the second level - interregional medical-genetic cabinets, the third level-family planning and medical genetics departments of the oblast Centre for mother and child health protection) and to improve indices characterising the reproductive health of the population were described.

УДК 614.2:616-082-052(1-21)

Г.О.СЛАБКІЙ (Макіївка)

ПИТАННЯ РЕОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Міська лікарня №2

У незалежній Україні держава гарантує надання всім громадянам доступної первинної лікувально-профілактичної допомоги, трактуючи її в Основах законодавства про охорону здоров'я

як основну частину медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, діагностику та лікування з приводу найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні

заходи, направлення пацієнтів для надання спеціалізованої та висококваліфікованої допомоги [3].

Доросле населення міст України одержує амбулаторно-поліклінічну допомогу в розгалуженій мережі амбулаторно-поліклінічних закладів, а саме в міських поліклініках і амбулаторіях, поліклінічних відділеннях міських лікарень, медико-санітарних частинах, лікарських і фельдшерських пунктах охорони здоров'я, а також на станціях швидкої медичної допомоги.

У містах до лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які мають надавати лікувально-профілактичну допомогу дорослому населенню, умовно зараховують дільничних лікарів-терапевтів.

Внаслідок надмірної спеціалізації лікарі загальнотерапевтичного профілю становлять лише 12% лікарів, які забезпечують медичне обслуговування дорослого населення міст. Тільки 40% первинних звертань припадає на цих лікарів, а решта пацієнтів безпосередньо звертається до "вузьких" спеціалістів [4].

Якщо в більшості економічно розвинених країн близько 90 % пацієнтів розпочинають і закінчують лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги, яку надають переважно лікарі загальної практики, або сімейні лікарі, в нашій країні фактичне навантаження дільничних терапевтів сягає лише 70 % встановленої норми, близько 60% первинних звертань припадає на лікарів-спеціалістів, а 60 % викликів швидкої допомоги є непрофільними, тобто безпідставними [1].

За цих умов ще більше знизився авторитет дільничного лікаря, зменшилась його роль в лікувально-діагностичному процесі, порушилась комплексність і наступність в обслуговуванні пацієнтів, а профілактична і диспансерна робота набула формального характеру [2].

Недоліки первинної медико-санітарної допомоги знайшли своєрідну компенсацію в подальшому економічно невиправданому і медично необґрунтованому розширенні функцій дорожчих видів медичної допомоги – спеціалізованої, швидкої і стаціонарної. Саме на ці види, особливо на стаціонарну допомогу, витрачається 80 % коштів, виділених на охорону здоров'я, серед яких велику частку становлять витрати на утримання будівель і транспорту, харчування, паливо, оплату комунальних послуг тощо. Тобто прорахунки в організації первинної медико-санітарної допомоги призводять до нераціональних витрат кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я.

Така диспропорція в розвитку первинної та спеціалізованої, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги стала однією з основних підстав реформування галузі охорони здоров'я і визначення пріоритетного розвитку первинної

медико-санітарної допомоги як одного із стратегічних її напрямів.

Проведене нами анкетне опитування 579 мешканців міста Макіївки показало, що діючою системою медичної амбулаторно-поліклінічної допомоги серед опитаних задоволені 193 чоловік (33,3 %), частково задоволені – 139 чоловік (24%), незадоволені – 186 чоловік (32,1 %), своє ставлення висловити не змогли 61 чоловік (10,6 %). Таким чином, кількість осіб, які повністю або частково незадоволені станом амбулаторно-поліклінічної допомоги становить 56,1% від опитаних, тобто більше половини.

Далі вивчалось питання задоволення населення рівнем медичної допомоги, яку надають дільничні лікарі-терапевти та медичні сестри. В результаті анкетного опитування 637 мешканців міста отримані дані, що рівнем медичної допомоги дільничних терапевтів повністю задоволено тільки 271 (42,5 %) опитаних, із яких 192 (70,8 %) були пенсіонерами. Діяльністю дільничних медичних сестер задоволений 321 (50,4 %) опитаних, 257 (80,1 %) із яких також виявилися пенсіонерами. Із опитаних 273 чоловіки (42,8 %) не впевнені в достатній кваліфікації дільничних лікарів-терапевтів і 63 чоловіки (9,8%) впевнені в некомпетентності свого дільничного лікаря-терапевта і йому не довіряють.

Враховуючи, що за останні роки спостерігається зменшення кількості відвідувань лікарів амбулаторно-поліклінічних підрозділів міських лікарень, у тому числі особами, які стоять на диспансерному обліку, та з метою з'ясування причин такого становища, нами проведено опитування 375 хронічних хворих, які протягом двох років не зверталися за медичною допомогою. Аналіз одержаних даних показав, що 343 (91,5 %) особи з опитаних не звертаються за медичною допомогою у зв'язку з тим, що не мають можливості купити лікарські засоби, 17 (4,5 %) осіб мають особистих лікарів, 12 (3,2 %) – лікуються в інших лікарнях, 3 особи (0,8%) – звертаються за медичною допомогою за кордон.

Для отримання інформації про обсяги надання амбулаторно-поліклінічної допомоги ми вивчили дані про діяльність деяких лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічних закладів міста в динаміці за п'ять останніх років (табл. 1).

Як видно з таблиці, найменшою у місті є забезпеченість лікарями-гематологами, яка становить 0,05 на 10 000 населення, найбільшою (1,16) – невропатологами. Функції посади частково не виконуються лікарями-гастроентерологами та кардіологами, а найбільш повно виконуються лікарями-хірургами, оториноларингологами та офтальмологами.

Щоб одержати повне уявлення про діяльність лікарів-спеціалістів, проаналізовано їх навантажен-

Таблиця 1. Динаміка забезпеченості посадами деяких лікарів-спеціалістів та виконання ними функції лікарської посади за 1995–1999 рр.

Лікарська посада	Забезпеченість, на 10 000 населення					Виконання планової функції лікарської посади				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Алерголог	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	6686	6136	6274	5278	6392
Гастроентеролог	0,24	0,14	0,14	0,17	0,17	2761	7017	3798	5493	3817
Гематолог	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	6574	6739	6453	7267	6747
Кардіолог	0,34	0,28	0,28	0,28	0,29	4155	5787	5842	6660	5182
Невропатолог	1,09	1,01	1,16	1,16	1,17	7128	8036	8323	9255	8538
Пульмонолог	0,19	0,19	0,19	0,1	0,1	3840	3750	6136	6512	6278
Хірург	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6	13 901	18 186	17 299	19 565	18 317
Уролог	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	4467	9090	10 108	8915	8153
Офтальмолог	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	9703	12 809	12 701	12 550	12 319
Оториноларинголог	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	10 267	11 462	11 345	13 035	12 907
Нефролог	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	5347	6792	6865	9979	9925

ня під час обслуговування амбулаторних хворих. Для цього всі відвідування лікарів-спеціалістів були розподілені на обгрунтовані та необгрунтовані. За необгрунтовані, на нашу думку, слід вважати відвідування з метою проходження попередніх і періодичних медичних оглядів, оскільки цю функцію, згідно з Законом України "Про охорону праці", не повинні виконувати лікарі-спеціалісти бюджетних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ). За рахунок і без того недостатніх коштів ЛПЗ не повинні утримуватися медичні комісії

військкоматів, а якщо й повинні, то треба переглянути нормативи штатів для цієї роботи. Ми вважаємо за недоцільне видавати лікарями-спеціалістами висновки та направлення до МСЕК у тому випадку, коли пацієнт напередодні пройшов лікування та обстеження в стаціонарі. Лікарі-спеціалісти мають проводити консультації і не повинні перетворювати свою діяльність у звичайний амбулаторний прийом хворих.

Результати проведеного дослідження подані в табл. 2.

Таблиця 2. Характеристика навантаження лікарів-спеціалістів м.Макіївки за 1998 р. (за результатами експертної оцінки)

Лікар-спеціаліст	Відвідування				
	Всього	обгрунтовані		необгрунтовані	
		Абс. к-сть	%	Абс. к-сть	%
Гематолог	1503	1469	97,7	34	2,3
Гастроентеролог	428	368	85,9	59	14,1
Кардіолог	2431	1586	65,2	845	34,8
Офтальмолог	10962	6561	59,8	4401	40,2
Оториноларинголог	7767	5203	66,9	2564	33,1
Нефролог	909	873	96,3	36	3,7
Уролог	2422	2225	91,8	197	8,2
Хірург	10430	6607	63,3	3823	36,7
Травматолог	7021	4864	69,3	2157	30,7
Пульмонолог	1383	1054	76,2	329	23,8

Із таблиці видно, що лікарі-кардіологи, офтальмологи, невропатологи, хірурги, оториноларингологи, травматологи більше ніж на 30% несуть необгрунтоване навантаження.

У ході цього дослідження нами виділялися відвідування лікарів-спеціалістів без попереднього огляду дільничним терапевтом, які у різних спеціалістів значно відрізняються і становлять у лікарів-гастроентерологів 83,7%, кардіологів – 89,4, пульмонологів – 82,6, травматологів – 99,7, невропатологів – 96,3, оториноларингологів – 95,7%.

Цікавими виявилися дані про питому вагу повторних звертань до лікарів-спеціалістів протягом місяця. Від загальної кількості відвідувань вони становлять у гастроентерологів 69,8 %, хірургів – 61,7, травматологів – 86,3, невропатологів – 42,1, оториноларингологів – 47,6%.

Одержані дані свідчать про нераціональне використання лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічної ланки охорони здоров'я, що належить до медико-соціальних та економічних чинників, які потребують проведення реорганізації системи надання медичної допомоги міському населенню

на її амбулаторно-поліклінічному рівні з упровадженням принципу сімейної медицини. При цьому в обов'язки сімейного лікаря необхідно передати частину функцій нинішніх лікарів-спеціалістів поліклініки, а саме: профілактику та діагностику найпоширеніших захворювань; лікування та реабілітацію пацієнтів з цими захворюваннями; надання швидкої та невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги; проведення лікарських маніпуляцій, крім тих, що потребують стаціонарних умов.

У перехідному періоді, враховуючи стан здоров'я населення, фінансування системи охорони здоров'я, рівень підготовки сімейних лікарів, територіальне розташування поліклінік, їх діяльність слід організувати в три рівні залежно від виду та обсягу спеціалізованої допомоги.

Поліклініки першого рівня, міські консультативно-діагностично-експертно-лікувальні поліклініки надають такі види медичної амбулаторно-поліклінічної допомоги: алергологічну, гастроентерологічну, гематологічну, імунологічну, протиінфекційну, кардіологічну, камбустіологічну, неврологічну, нейрохірургічну, нефрологічну, оториноларингологічну, проктологічну, пульмонологічну, урологічну, травматологічну, хірургічну та ін.

Поліклініки другого рівня (районні), крім зазначеної вище, надають ще кардіологічну та травматологічну допомогу.

У віддалених поселеннях і мікрорайонах у складі поліклінік третього рівня на базі "кімнат здоров'я" можливо організувати сімейні медамбулаторії.

З підготовкою необхідної кількості сімейних лікарів, поліпшення матеріально-технічної бази первинної медико-санітарної допомоги відпаде потреба в поліклініках третього рівня. Вони можуть використовуватись як поліклініки сімейних лікарів. Розрахунок потреби в лікарях-спеціалістах необхідно проводити на основі обґрунтованого навантаження спеціалістів з наданням їм часу на організаційно-методичну роботу, для оперуючих спеціальностей – на хірургічну роботу, для підвищення кваліфікації.

Такий підхід до реформування амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги з організацією первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини поліпшить стан здоров'я населення шляхом удосконалення системи медичної допомоги міському населенню, забезпечення її доступності, наближення до кожної сім'ї, підвищення якості та ефективності на первинному рівні в разі раціонального використання ресурсів.

Список літератури

1. *Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 рік).* – К., 1998. – 288 с.
2. *Общая врачебная практика. Семейная медицина / Под ред. С.А.Симбирцева и Н.Н.Турина.* – СПб.: Изд-во СПб МАПО и "Лица", 1996. – Т.1. – 496 с.
3. *Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відом. Верховної Ради України.* – 1993. – №4.
4. *Охрана здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М.Пономаренка.* – Тернопіль: Укрмедкнига, 1993. – 310 с.

ВОПРОСЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Г.А.Слабкий (Макеевка)

Изучена работа врачей-специалистов поликлиник г.Макеевки за пять последних лет на основании анализа амбулаторных приемов. Установлено невыполнение функции должности такими врачами-специалистами, как гастроэнтерологи и кардиологи, более чем на 30% необоснована нагрузка врачей-невропатологов, кардиологов, гастроэнтерологов, хирургов, оториноларингологов, офтальмологов, травматологов. Предложена система реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи на принципах семейной медицины с организацией работы поликлиник трех уровней.

QUESTIONS OF REFORMATION OF AMBULATORY AND CLINICAL CARES FOR THE URBAN POPULATION

Н.О.Слабкий (Макіївка)

The work of physicians from clinics of Makiyivka city for last five years based on analysis of ambulatory consultations are under consideration. It was determined the failure to fit in positions among such experts as cardiologists and gastroenterologists is more than of 30%. Besides this the groundlessness of working load for neuropathologists, cardiologists, gastroenterologists, surgeons, otolaryngologists and traumatologists was found out. A system to reform the ambulatory and clinical cares on principles of family medicine with organization of clinical work functioning in three levels has been proposed.

УДК 616-082-056(477)

В.В.РУДЕНЬ

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Львівський державний медичний університет

Ретроспективний аналіз доступних історичних даних свідчить, що й дотепер точно не встановлено, коли були зроблені перші спроби організувати медико-генетичне консультування населення. Проте відомо, що елементи консультування людей використовувалися ще старогрецьким лікарем Гіппократом (460–370 р. до н. е.), староримським лікарем Галеном (131–210), грецьким лікарем Атенеєм із Атталей (Мала Азія), який жив у Римі в I ст. н. е., та іншими лікарями задовго до появи генетики як науки.

Вперше принципи організації медико-генетичного консультування були сформульовані лондонським лікарем і дослідником Адамсом (1756–1818) у 1815 р. в книзі "Философский трактат о наследственных свойствах человеческой расы", яка стала на той час довідником з питань організації консультування сімей зі спадковою та вродженою патологією і містить висновки, актуальні донині [4].

Відкриття законів Менделя (1900–1912) дозволило науково обґрунтувати принципи організації медико-генетичного консультування. Подальші досягнення медичної генетики принципово не змінили погляди на профілактичну спрямованість уродженої патології, і тому найефективнішим підходом до вирішення цієї проблеми залишається медико-генетичне консультування, організація якого сьогодні є одним із видів спеціалізованої медичної допомоги населенню, спрямованої, головним чином, на запобігання появі в сім'ї хворих зі спадковою та вродженою патологією.

Мета даного дослідження – науковий аналіз організації функціонуючої медико-генетичної служби в Україні відповідно до теорії організації Б.З.Мильнера [2] та дотримання принципу системності [3], що дозволить оцінити дієвість процесу управління профілактикою вроджених вад розвитку серед населення України.

У 1993 р. наказом Міністерства охорони здоров'я України № 77 від 14.03.93 "Про стан та заходи подальшого розвитку медико-генетичної допомоги в Україні" в практичну охорону здоров'я нашої держави, враховуючи шість аспектів системного підходу – методичної основи організації

системи як єдиного цілого [1], була запроваджена система організації служби медико-генетичного консультування.

Результати виконаної науково-дослідної роботи показали, що за п'ять років система медико-генетичного консультування встигла пройти перші кроки свого становлення. Сьогодні ця служба перебуває в стадії своєї "юності", що характеризується переходом від комплексного до диференційованого підходу в управлінні з наданням структурним підрозділам більшої самостійності, пошуком шляхів подальшого вдосконалення самої системи.

Організація медико-генетичної служби в структурі системи охорони здоров'я України сьогодні забезпечує населення медико-генетичною допомогою як в лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я, так і в спеціалізованих власних структурних підрозділах медико-генетичної служби, високоспеціалізованих закладах Міністерства охорони здоров'я, Академії медичних наук та Академії наук України.

Аналіз організації медико-генетичної служби країни показав, що принцип системності орієнтує функціонування медико-генетичної служби на ефективне виконання завдань і функцій як свідомо скоординованого соціального утворення з визначеними параметрами діяльності та відповідними структурними підрозділами, що ґрунтуються на відносно постійній основі.

Нами встановлено, що структурні підрозділи медико-генетичної служби (медико-генетичні центри, консультації, кабінети) відрізняються один від одного складністю завдань і функцій, формалізацією обсягу медико-генетичних технологій, співвідношенням централізації та децентралізації на рівнях прийняття конкретних управлінських рішень щодо медико-генетичного забезпечення населення. Крім того, структура даної організації має фіксовані взаємозв'язки між підрозділами та працівниками медико-генетичної служби. Це трактується нами як відповідна схема взаємодії та координації технологічних процесів і стосунків між людьми.

Використання, на нашу думку, в організації медико-генетичної служби методу системного аналізу з декомпозицією мети дозволяє розглядати її як вертикально, так і горизонтально (схема).

Доцільно зауважити, що такий чинник, як поведінка людини з набутими професійними знаннями, навичками та вміннями, що впливає на порядок взаємодії та узгодження дії між структурними підрозділами, не може бути схематизований. Слід також зазначити, що поведінка людини, на відміну від формального розподілу управлінських та організаційних функцій між підрозділами, визначає в першу чергу ефективність функціонування медико-генетичної служби в цілому та її структурних підрозділів, зокрема.

Служба медико-генетичного консультування України з позиції теорії організації за характером – формальна організація з певним ступенем стандартизації профілактичних, діагностичних, клінічних і реабілітаційних технологій на конкретних рівнях надання медико-генетичної допомоги, наявністю організаційних правил функціонування структурних підрозділів, чітко визначеним обсягом трудового процесу в даній організації та рівнем розподілу праці. Вертикальна схема організації медико-генетичної допомоги складається із рівнів управління і пов'язана з ієрархією організації зверху донизу, тоді як горизонтальна диференціація цієї моделі організації відображає ступінь розподілу праці між окремими структурними підрозділами.

Велике значення у функціонуванні медико-генетичної служби має поділ організації на окремі структурні підрозділи, кожен з яких у своїй діяльності виконує своє чітко визначене та конкретне завдання і обов'язки, що визначається як функціональна структуризація даної організації.

Створення функціональної структури медико-генетичного консультування зводиться до групування персоналу за завданнями, які він виконує в підрозділах. При цьому конкретні характеристики та функції діяльності того чи іншого структурного підрозділу відповідають найважливішим напрямкам діяльності всієї організації.

Слід зазначити, що функціональна структура організації медико-генетичної служби, на нашу думку, тісно поєднана з лінійною структурою управління, що діє вздовж ієрархії управління зверху донизу та базується на підпорядкуванні нижчої ланки управління вищій. У разі такої організації управління системою медико-генетичного консультування тісно переплітається виконання вузькоспеціалізованих функцій з системою лінійного підпорядкування та відповідальності за безпосереднє виконання завдань щодо забезпечення населення медико-генетичною допомогою.

Децентралізація управління в межах лінійно-функціональної структури системи медико-генетичного консультування, за даними аналізу, конкретніше розподіляє між різними її структурними підрозділами їх же права та обов'язки.

Система медико-генетичної допомоги сформована та ґрунтується на територіальному принципі, що робить її доступнішою для населення та економічно вигідною у своєму функціонуванні.

Результати аналізу територіальної структуризації медико-генетичної допомоги свідчать про наявну просторову диверсифіковану діяльність її системи, однакову в різних географічних регіонах країни. Це надає структурним підрозділам медико-генетичної служби самостійності як під час управління, так і виконання покладених на них завдань і функцій.

Вивчення процесу управління медико-генетичним консультуванням показало, що сама служба (система) є об'єктом, де люди перебувають у постійному взаємозв'язку та взаємозалежності із завданнями, які виконують. Для забезпечення цього зв'язку і синхронізації діяльності та взаємодії між структурними підрозділами медико-генетичної служби застосовується метод координації, оскільки саме вона є процесом розподілу функціональних обов'язків і завдань між структурними підрозділами, що забезпечує взаємодію між ними в інтересах виконання завдань. Цим забезпечується цілісність і стійкість організації.

Саме координаційна діяльність в системі медико-генетичного консультування за своїм характером є превентивною (направленою на передбачення проблем і труднощів функціонування), здатна до усунення (призначена для усунення) збою в системі організації після того, як він відбувся, регулювання (спрямована на збереження існуючої схеми роботи), має стимулюючі функції (спрямована на покращення функціонування системи).

Координування діяльності структурних підрозділів медико-генетичної служби країни здійснюється за допомогою групової координації у вигляді Координаційної ради з питань медичної генетики при заступнику Міністра охорони здоров'я України. Даний орган управління за характером дії колегіальний, а за типом діяльності виконує інформаційні, дорадчі та контролюючі повноваження. Переваги такої форми управління медико-генетичною службою пов'язані перш за все зі спільною і взаємодоповнюючою роботою цілої групи людей. При цьому забезпечується координація в діяльності різних головних управлінь, служб і спеціалістів апарату управління Міністерства охорони здоров'я.

Суттєвим, на нашу думку, є те, що даний колегіальний орган управління медико-генетичною службою допускає зіткнення поглядів осіб з неод-

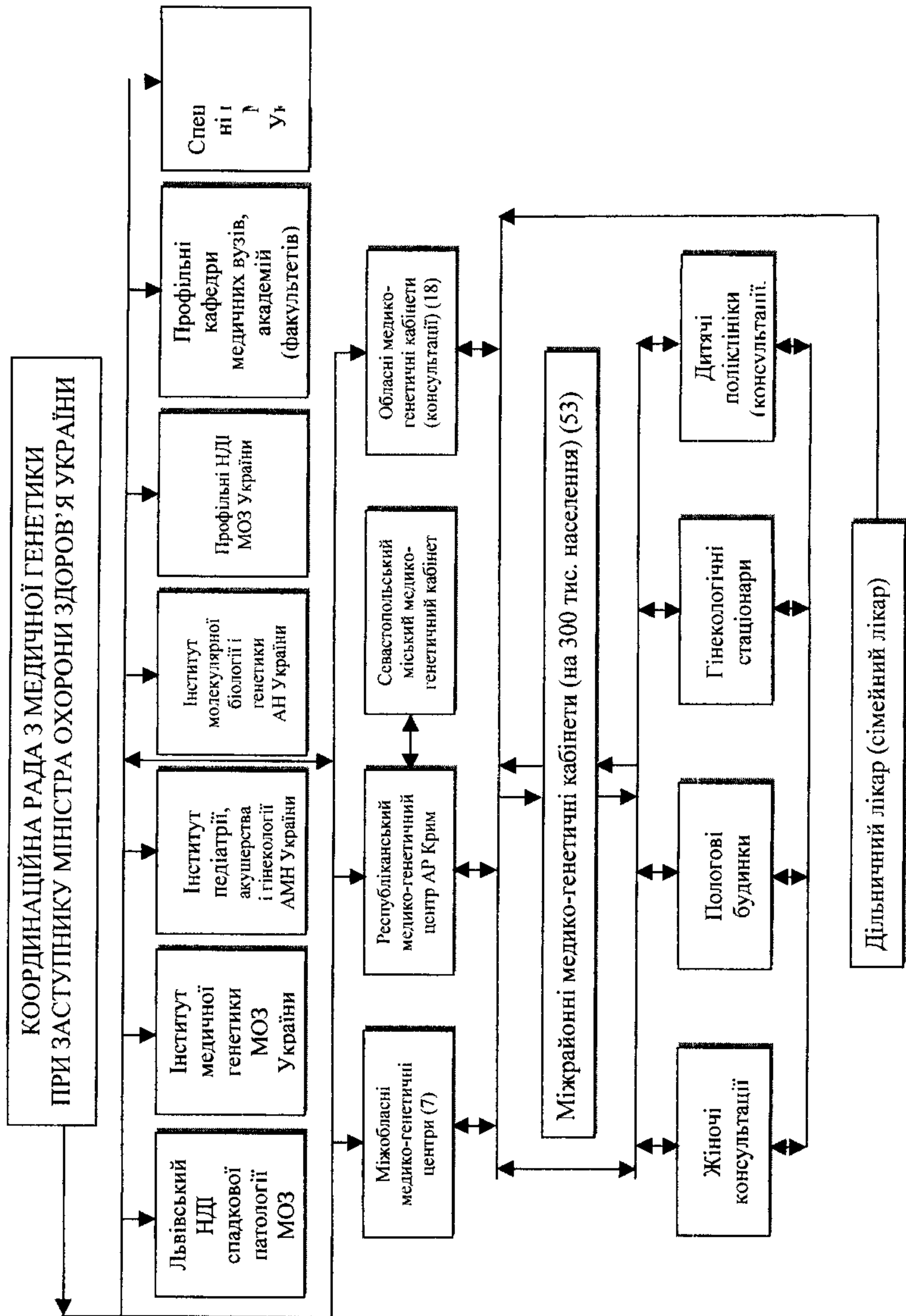


Схема. Організація системи медико-генетичної допомоги населенню України

наковою професійною підготовкою та різностороннім фаховим досвідом, які займаються різною діяльністю в системі медико-генетичного забезпечення, що сприяє виникненню нових ідей. Важливим також є і те, що під час роботи Координаційної ради з питань медичної генетики кожен має право запропонувати варіант свого управлінського рішення з того чи іншого обговорюваного питання, висловити свою думку щодо прийняття відповідного рішення, але ніхто не може прийняти це рішення самостійно, без врахування міркувань своїх колег. Це дає змогу приймати найоптимальніші управлінські рішення, що у більшості своїй приносять позитивний ефект у діяльності медико-генетичної служби.

Важливого значення в організації медико-генетичної служби набуває комунікація – зв'язок, шлях, сполучення між керівниками різних структурних підрозділів, рівнів управління, працівниками медико-генетичних центрів (консультацій, кабінетів) та сім'ями, пацієнтами, населенням. Процес комунікації дає змогу працівникам медико-генетичних центрів (консультацій, кабінетів) ефективно виконувати роботу з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих із вродженими вадами і спадковими хворобами, а також приймати відповідні рішення щодо вдосконалення зазначених медичних технологій.

Для медичних працівників медико-генетичної служби їх робота є певною мірою джерелом соціального впливу на людей зі спадковою та вродженою патологією. Комунікативність певних груп (категорій) людей, що користуються послугами медико-генетичних консультацій, є тим механізмом, з допомогою якого члени цих груп спілкуються. Це сприяє процесу переконання та пошуку спільних шляхів (лікар–населення) у вирішенні складної соціальної проблеми – проблеми вроджених вад і спадкової патології.

У системі медико-генетичного консультування діє, на наш погляд, комунікаційна течія, згідно з якою інформація поширюється як у горизонтальному, так і вертикальному напрямках. В одних випадках таке спілкування в медико-генетичній службі є формальним і обов'язковим, в інших – спонтанним. При цьому використовуються такі типи комунікації, як міжособиста комунікація (спілкування між лікарями, пацієнтами та ін.), комунікація в малій групі (спілкування з якоюсь метою), громадська комунікація (спілкування з аудиторією щодо конкретної проблеми, тієї чи іншої патології), внутрішня та зовнішня оперативна і особиста комунікація. Важливим є те, щоб під час комунікації був забезпечений зворотній зв'язок, що в системі медико-генетичного консультування оцінюється як ефективність її діяльності.

Процеси демократизації, децентралізації, перехід від вертикальних до горизонтальних зв'язків управління в нашому суспільстві певним чином впливають і на систему медико-генетичного консультування. Очевидним є те, що медико-генетична служба в умовах ринкової економіки залишиться в державній формі власності, хоча буде орієнтуватися в своєму функціонуванні на довготривалу перспективу діяльності, проведення фундаментальних наукових досліджень з даної проблеми, на стандартизацію профілактичних, лікувально-діагностичних, реабілітаційних високоінформативних технологій, інноваційну діяльність та максимальне використання творчого та наукового потенціалу персоналу.

Вже сьогодні, на нашу думку, можна окреслити сучасні тенденції розвитку медико-генетичної служби, а саме: тісніша інтеграція наукових досліджень з питань профілактики вроджених і спадкових захворювань з практичною діяльністю служби; подальше вдосконалення функціонування організаційних структур системи медико-генетичного консультування; опрацювання механізмів управління якістю медико-генетичної допомоги; стабілізація складу та фахове вдосконалення трудового потенціалу структурних підрозділів служби медико-генетичного консультування.

Опрацювання та реалізація цих тенденцій в практичній діяльності медико-генетичної допомоги буде предметом подальшого вдосконалення самої організації, аналітичних наукових досліджень і прогностичних розробок даної медико-соціальної проблеми. Підтвердженням цього є прийняття Указу Президента України "Про Цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999–2003 роки" №188/99 від 04.02.99 та наказ МОЗ України "Про реалізацію Цільової комплексної програми генетичного моніторингу" №57 від 11.03.99.

Дані виконаного наукового дослідження засвідчують, що в Україні відповідно до теорії організації та принципів системності створена та реально функціонує динамічна система медико-генетичного консультування зі своїм власним змістом, завданнями та функціями, що постійно вдосконалює свою діяльність і є запорукою подальшого успіху щодо профілактики вроджених вад і спадкових хвороб серед населення України.

Узагальнення досвіду організації медико-генетичного консультування, його всесторонній аналіз – ключові завдання медичної науки та практики, що дозволять виявити потребу у використанні нових організаційних моделей, методів і форм медико-генетичного забезпечення з урахуванням конкретної ситуації щодо вроджених вад і спадкової патології як сьогодні, так і в найближчому майбутньому.

Список літератури

1. Кант В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения. – М.: Медицина, 1978. – 136 с.
2. Мильнер Б.З. Теория организаций. – М.: ИНФРА, 1998. – 336 с.
3. Шиган Е. Н. Системный анализ в здравоохранении. – М.: ЦОЛИУВ, 1982. – 71 с.
4. Motulsky A. G. Joseph Adams (1756 – 1818) // Arch. Lutern. Med. – 1959. – № 104. – P. 490–496.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

В. В. Рудень (Львов)

Проведен в соответствии с теорией организации и принципом системности научный анализ организации функционирующей системы медико-генетической помощи населению Украины, внедренной в систему здравоохранения страны в 1993 г.

На основании выполненного научного исследования установлено, что в Украине создана и реально функционирует динамическая система медико-генетического консультирования, занимающаяся вопросами профилактики врожденной патологии и наследственных заболеваний среди населения.

STUDY OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL GENETICS SERVICE IN UKRAINE

V.V.Ruden (Lviv)

A scientific analysis on the organization of the acting system of medical genetics service in Ukraine implemented in public health from 1993 y. is adduced. The analysis is made according the organization theory and the principle of systemic approach. This investigation showed that a dynamic system of medical genetics' consultations has been created in Ukraine. The system is well functioning and dealing with questions of congenital pathology and hereditary diseases prevention among the population.

УДК 618:616-053.2

Л.О. МАЛЬЦЕВА

ВАРІАНТ МОДЕЛІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Донецький державний медичний університет

Для вдосконалення неврологічної допомоги дітям у м.Макіївці впроваджена поетапна система заходів з профілактики та реабілітації перинатальних уражень головного мозку, яка передбачає лікування та профілактику гіпоксії плода у вагітних жінок з груп ризику перинатальної патології у жіночій консультації та відділенні патології вагітних (I етап), інтранатальну охорону плода під час пологів (II етап), реанімаційні заходи та інтенсивну терапію новонароджених, які народились у асфіксії, у палатах інтенсивної терапії (III етап), комплекс організаційних заходів для новонароджених

і дітей першого року життя у спеціальних відділеннях (IV етап), диспансерне спостереження таких дітей лікарем-невропатологом (V етап) [2].

Первинну профілактику постнатальних гіпоксичних уражень головного мозку новонароджених здійснюють задовго до пологів. У жіночій консультації та пологовому будинку проводять диспансерне спостереження та раціональне лікування вагітних жінок, які страждають на акушерську та екстрагенітальну патологію. При цьому велику увагу приділяють попередженню ускладнень вагітності, своєчасному їх виявленню, ранній діагностиці та

лікуванню з приводу гіпоксії плода та її явищ, нормалізації матково-плацентарного кровообігу, поліпшенню постачання плода киснем і харчовими речовинами, підвищенню адаптаційних можливостей системи мати-плід, стійкості тканин головного мозку до гіпоксії.

Другий етап передбачає проведення пологів і складається з регуляції пологової діяльності, вибору методу проведення пологів, профілактики та лікування з приводу гіпоксії плода у породіль з патологією вагітності, екстрагенітальними захворюваннями, ускладненим перебігом пологів.

Третій етап, реанімація та інтенсивна терапія новонароджених, які народились у асфіксії, здійснюється у палатах інтенсивної терапії пологових будинків лікарем-неонатологом, який працює цілодобово. В разі потреби лікарі залучають на допомогу фахівців педіатричного об'єднання.

Проте у місті спостерігається високий рівень захворюваності новонароджених, а у частини дітей, які перенесли гіпоксичну енцефалопатію, виявлені синдроми: невротичний, рухових порушень, гіпертензивно-гідроцефальний, судомний. Ці діти потребують подальшого лікування та реабілітації. Тому, відшукуючи можливості зменшення перинатальної патології, нами були створені акушерсько-терапевтично-педіатричні комплекси, що формувалися за принципом єдності території, трьохрівневого комплектування (жіноча консультація – дитяча поліклініка - поліклініка для дорослих). Це дало змогу зменшити у 1,6 раза кількість дітей, народжених із утробною інфекцією, у 1,4 – недоношених, 1,5 – з уродженою гіпотрофією, 1,2 – перинатальною енцефалопатією, 1,3 – з травмами, пов'язаними з веденням пологів, у 2 рази – з уродженими вадами розвитку [1].

З метою надання своєчасної та висококваліфікованої допомоги новонародженим у березні 1992 р. при міському педіатричному територіальному об'єднанні була організована неонатологічна бригада, укомплектована додатково штатними посадами медичних працівників, санітарною машиною, пристосованою для обережного транспортування новонароджених і обладнаною всім необхідним для проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів. Ця бригада працює цілодобово, функціонально зв'язана з пологовими та реанімаційними відділеннями, відділеннями патології новонароджених і другого етапу догляду за недоношеними дітьми. Лікарі, що працюють у бригаді, мають спеціальну підготовку з неонатології та реанімації.

Оскільки переважна кількість захворювань дітей є хронічними, що потребують багатолітнього спостереження й лікування, а значна частина хворих дітей (до 30%) – інваліди дитинства, неврологічну допомогу дитячому населенню в мінливих

економічних умовах потрібно реорганізувати, створити нові моделі її функціонування.

Аналіз 30-річного досвіду роботи дитячої неврологічної служби м.Макіївки виявив низку недоліків в її організації, а саме: відсутність наступності в роботі пологових будинків, відділень з виходжування недоношених і патології новонароджених з дитячою неврологічною службою; відсутність можливості вдосконалення кваліфікації більшості лікарів стаціонарів; розпорошеність кадрового складу серед невеликих лікувальних установ; розосередженість діагностичного обладнання в різних районах міста тощо.

Оптимальним варіантом організації неврологічної допомоги дітям, на нашу думку, є концентрація всього обсягу неврологічної допомоги в єдиному центрі дитячої неврології, де відбуваються 4-й та 5-й етапи реабілітації. Такий центр, створений нами на базі територіального об'єднання м.Макіївки, складається з постійних і непостійних модулів, що є його складовими частинами. До постійних модулів належить протипароксизмальний, перинатальної неврології, нейроінфекційний, до непостійних – вегетативної патології, соматоневрологічний та ін. Вони створюються залежно від конкретної ситуації. Від взаємодії цих модулів залежить обсяг, якість та ефективність надання неврологічної допомоги дитячому населенню. Динамічність нової моделі дозволяє максимально адаптувати неврологічну допомогу, варіювати її обсягом серед хворих на гострі та хронічні форми захворювань, термінами протирецидивного лікування.

Постійні модулі мають жорстку інфраструктуру: консультативний, діагностичний та диспансерний кабінети, певну кількість ліжок у стаціонарі, оптимізовані діагностичні, лікувальні та диспансерні схеми. Непостійні модулі мають непостійний консультативний кабінет, використовують у своїй роботі діагностичне обладнання інших модулів, ліжка в стаціонарі, власні схеми діагностики, лікування і диспансеризації.

Створення цього центру дозволило: оптимізувати фінансові витрати; налагодити наступництво різних структур надання допомоги даній категорії хворих через систему етапної допомоги (пологовий будинок – відділення з виходжування або патології новонароджених – неврологічний центр); підвищити кваліфікацію дитячих лікарів-невропатологів шляхом чергування в поліклініці та стаціонарі; зосередити діагностичне обладнання в єдиному центрі, застосувавши єдність підходів до зменшення кадрового складу. Запропонована модель завдяки своїй динамічності та економічності дає змогу, на нашу думку, значно покращити рівень надання неврологічної допомоги дитячому населенню міста.

Чимале значення для реабілітації дітей має створений нами Центр протипароксизмальних станів, призначений для динамічного спостереження, лікування та оздоровлення дітей з судомами. Розроблений і впроваджений паспорт хворого з пароксизмальними станами, який віддається батькам хворої дитини і складається з паспортних даних, адреси лікувальних закладів, куди можуть звернутися батьки в разі необхідності, даних проведення обстежень, переліку лікарських засобів, які приймала чи приймає хвора дитина, а також пам'ятки з рекомендаціями щодо способу життя та первинної допомоги.

Неабияку роль відіграє також відкритий малий діагностичний центр, оснащений сучасним обладнанням імпортного та вітчизняного виробництва, придбаним за рахунок спонсора Макіївського металургійного комбінату.

Останнім часом у педіатрії широко застосовуються такі методи дослідження, як ехоенцефалографія, нейросонографія та ін. Найчастіше вони

використовуються за призначенням, тобто при наявності тих чи інших скарг і клінічних проявів. Однак, як видно з практики, батьки дітей не завжди надають належного значення скаргам дитини, а також будь-яким порушенням його розвитку, що призводить до пізнього звертання до лікаря-спеціаліста, несвоєчасного встановлення діагнозу, ускладнення лікування тощо. Так, із 382 дітей, яким було проведено нейросонографічне дослідження, у 379 (99,2%) виявлені зміни головного мозку. У 432 дітей, обстежених з профілактичною метою, патологію виявлено у 3% дітей.

Усі діти з виявленою патологією лікувалися в умовах стаціонару, і наступне спостереження за ними в динаміці не виявило будь-яких відхилень у розвитку.

Запропонована система заходів з удосконалення медичного обслуговування дітей з патологією нервової системи сприяла тому, що нервово-психічний розвиток цих дітей наприкінці першого року життя відповідав віковим нормам ($P < 0,05$).

Список літератури

1. Мальцева Л.А. Опыт работы акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов в г.Макеевке Донецкой области // Медико-соц. пробл. семьи.-1998.-Т.3.-№1.-С.77-79.
2. Шаталов Н.Б. Неонатология.-Санкт-Петербург: Спец.л-ра, 1997.

ВАРИАНТ МОДЕЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.А.Мальцева (Донецк)

Освещена система мероприятий по усовершенствованию неврологической помощи детям раннего возраста г.Макеевки, включающая в себя этапное наблюдение за женщиной во время беременности, родов, реанимацию и интенсивную терапию новорожденных, диспансеризацию и оздоровление. Однако, несмотря на эти мероприятия, у части детей, перенесших гипоксическую энцефалопатию, наблюдались неврологические синдромы, в городе удерживался высокий уровень заболеваемости новорожденных.

Представлена новая модель неврологической службы, состоящая из постоянных и непостоянных модулей, способствующая оптимизации финансовых затрат, концентрации дорогостоящего диагностического оборудования, внедрению новых методов диагностики и лечения, повышению квалификации врачей-невропатологов, нормальному нервно-психическому развитию детей первого года жизни.

ORGANIZATIONAL MODEL OF A NEUROLOGICAL CARE PROVISION SYSTEM FOR CHILDREN IN AN INDUSTRIAL CITY WHILE REFORMATION OF UKRAINIAN PHS

L.O.Maltseva (Donetsk)

The existing system of neurological care provision for infants in the city of Makiyivka has been outlined. It includes in itself some stage-by-stage follow-up of a woman during her pregnancy and while delivery, reanimation and intensive care of newborns as well as their further dispensarisation and pediatric care supervision aimed at improvement of their general health status.

Nevertheless, various neurological syndromes have remained in some children after their suffering hypoxic encephalopathy in perinatal period and there is relatively high level of morbidity among infants in the city.

A new advanced model of neurological care provision system for infants in an industrial city has been proposed. It consists of a number of stable and flexible modules.

It promotes optimizational patterns of financial expenditures, concentration of sophisticated, but too expensive, diagnostics' technology in pediatrics units, introduction in them of new diagnostics' and treatment methods, professional advancement of physicians - neurologists, promotion of normal neuro - mental development of children in their first year of life.

УДК 616.5-616.972

Н.В.МАНЯК, Н.А.ЖУРАВЕЛЬ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ СЬОГОДНІ: ПРОБЛЕМИ, МАЙБУТНЄ

Рівненський обласний дерматовенерологічний диспансер

Дерматовенерологічна служба (ДВС) як система соціальної орієнтації не може залишатися без трансформації на тлі радикальних політичних і економічних перемін, що відбуваються в державі. Децентралізація управління службою, зміна принципів фінансування, поява елементів конкуренції на тлі ринкових відносин — наслідки процесів, що спостерігаються в Україні в цілому і в кожному регіоні, зокрема.

До об'єктивних причин, які призвели до системної розбалансованості існуючої моделі ДВС, що загрожує непередбаченими деструктивними наслідками, належить недосконалість законодавчої та нормативної-правової баз, хронічне недофінансування галузі, значне технологічне відставання від прийнятих у цивілізованому світі медичних стандартів, неадекватність та нераціональне використання наявних ресурсів (кадри, ліжка) [1]. Хоча дане твердження очевидне, вказані чинники все-таки мають другорядну роль, наслідковий характер. Насправді гносеологічне коріння зазначеної проблеми сягає дещо іншої площини — неадекватної організаційної моделі ДВС і схем управління ринковими відносинами, що тільки-но формуються.

Криза, що склалася в медицині, породжує незадоволення не лише медичних працівників, а й населення. Тому органи виконавчої влади вимушені приймати організаційно-управлінські рішення, які сприяли б покращенню функціонування служби і тим самим послабили б соціальне напруження в суспільстві.

Головною метою системи охорони здоров'я на сучасному етапі — етапі переходу до ринкової економіки, багатокладності — є організація якісно нових моделей інфраструктури служби та схем управління нею відповідно до вимог теорії систем, менеджменту та реальних умов. Саме тому в даних економічних умовах функціонуюча ДВС підлягає суттєвим організаційно-управлінським змінам, орієнтуючись на наукову основу.

Основною проблемою залишається розробка ідеології та методології комплексної реформи дерматовенерології. Жорсткі адміністративні зв'язки та економічна залежність, що зв'язували Мініс-

терство охорони здоров'я України і лікувально-профілактичні заклади, дещо втратили своє значення. Регіональні дерматовенерологічні диспансери змушені самотійно шукати шляхи вирішення проблем, яких з року в рік більшає. Але з точки зору системно-логічного підходу дієздатність ДВС може бути забезпечена лише внаслідок реалізації державно-територіального принципу, власне, дякуючи якому і стає можливим стратегічно-тактичне моделювання: на державному рівні, рівні міністерств повинні розроблятися ідеологічні (стратегічні) напрями діяльності ДВС, а на регіональних рівнях — відповідно адаптовані оперативно-тактичні [4].

Прикладом результативності такого підходу, власне, першим досвідом, стала діяльність ДВС Рівненської області в умовах епідемічного збільшення захворюваності на хвороби, що передаються статевим шляхом (ХПСШ).

У Рівненській області епідемічний спалах ХПСШ (особливо сифілісу) припав на 1993-1994 рр. Першими кроками в подоланні цього спалаху було звернення до владних структур. Слід відмітити, що органи державної влади області одними з перших в Україні дієво зреагували на зріст захворюваності населення на сифіліс, на проблеми, що постали перед дерматовенерологічною службою. В перший же рік епідемії, на початку 1994 р. вийшло Розпорядження представника Президента України "Про різкий зріст венеричних хвороб в Рівненській області та термінові заходи з їх профілактики", а на початку 1995 р. — рішення виконкому обласної ради "Про загрозовий стан захворюваності венеричними хворобами населення області". Внаслідок вжиття комплексних заходів удалося покращити матеріально-технічну базу — збудовано новий корпус стаціонарного відділення, придбано санітарний транспорт, лабораторне та стаціонарне відділення безперебійно забезпечувались хімреактивами, лікарськими засобами, що, безумовно, сприяло стабілізації захворюваності. Але, як не прикро, все це в минулому.

Після проведення розрахунків інтегрованих показників розвитку окремих компонентів ресурсного потенціалу охорони здоров'я за регіонами

та ранжування областей за інтегрованими індексами за 1992-1997 рр. Рівненщина була віднесена до III (низького) рівня розвитку [5]. І хоча захворюваність на сифіліс у Рівненській області в останні роки стабілізувалась (90,7 на 100 000 населення), високий її рівень спостерігається практично в усіх північних районах області (табл.).

Близькість кордонів області з європейськими зарубіжними країнами та країнами СНД, з одного боку, сприяли інтенсивному розвитку малого бізнесу, з іншого боку, в поліських північних районах традиційно реєструється недостатня кількість робочих місць, що призводить до масової сезонної міграції дорослого населення цих районів в інші

Динаміка захворюваності на сифіліс у Рівненській області та окремих її регіонах у 1993-1997 рр.

Регіон	1992	1993	1994	1995	1996	1997
	Захворюваність, %					
Північні райони	-	+109,1	+108,7	+162,5	+38,9	+32,6
Південні райони	-	+31,4	+26,7	+27,6	+25,8	-12,3
Рівненська область	+137,5	+126,6	+132,4	+65,7	+18,3	-0,1

області України, СНД. Рівень захворюваності на сифіліс населення згаданих районів в останні 4 роки становить в середньому $60,3 \pm 2,83$ на 100 000 населення.

Останнім часом загальною бідою для всіх нас стало ураження сифілітичною інфекцією вагітних жінок і новонароджених. В області в 1999 р. було зареєстровано 5 випадків вродженого сифілісу, 70 – сифілітичної інфекції у вагітних, 17 – мертвонароджень. Причини цього залишаються традиційними – невчасне виявлення (або невиявлення) сифілісу у вагітних, які не спостерігались у жіночих консультаціях, а в разі виявлення в них хвороби ухилялися від лікування, продовжували вести безладне статеве життя, зловживати алкоголем. І знову-таки більшість хворих була зареєстрована в північних, віддалених районах Рівненської області.

За результатами проведеного цілеспрямованого дослідження встановлена наявність суттєвого прямого кореляційного зв'язку між рівнями міграційних процесів і захворюваності на сифіліс у зазначених районах. Однак дане спостереження потребує подальшого системного і поглибленого вивчення з метою прогнозування рівня захворюваності на сифіліс в окремих регіонах та оптимізації управління діяльністю дерматовенерологічної служби.

Здійснення ефективного реформування служби потребує компетентного управління і згуртованої команди однодумців-професіоналів, адже основний тягар лягає на плечі керівників. Тому поряд з розробкою концепції реформування дерматовенерологічної служби необхідно також розробити спеціальну програму щодо підготовки керівників служби до проведення реформ. Створення високопрофесійних управлінських структур, які

грунтуються на основах менеджменту та позиціях системного підходу, – одне з найважливіших фундаментальних завдань ДВС.

Нові економічні відносини, притаманні перехідному до страхової та сімейної медицини періоду, вимагають в першу чергу пошуку можливостей для вдосконалення системи управління діяльністю закладів служби. Оптимізації управління можливо досягти за рахунок ефективнішого використання наявних ресурсів, застосування прогресивних форм організації праці та сучасних технологій (інформаційних, організаційних, медичних).

Одним із засобів усунення невизначеності в діяльності кожної системи інформація [3]. Нагальною проблемою сьогодення виступає реформування системи інформаційного забезпечення діяльності ДВС. Актуальність цієї проблеми підкреслюється формуванням причин, які, в свою чергу, зумовлюють необхідність оптимізації системи інформаційного забезпечення. В більшості випадків ми маємо малодинамічну, громіздку моносистему, що не спроможна задовольнити всі науково обгрунтовані вимоги, а саме: цілеспрямованість, своєчасність, вірогідність, адекватність, систематичність, достатність, якісну однорідність.

Епідемія сифілісу, крім організаційно-правових, соціально-економічних, загальномедичних та інших проблем, звалила на дерматовенерологів шквал інформації, яку традиційними методами в необхідні терміни обробити практично неможливо. Офіційна медична документація на тисячі щорічно вперше зареєстрованих хворих на сексуально-трансмисивні інфекції та інших учасників інфекційного ланцюга робить працю венерологічних кабінетів настільки громіздкою та папероємкою, що про ефективну оперативність роботи у епідемічному вогнищі не може бути й мови!

За матеріалами дослідження встановлено, що є пряма і суттєва кореляційна залежність між повнотою використання інформації та якістю діяльності системи (в даному випадку ДВС регіону). За перспективний напрям розвитку Рівненського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (РОШВД) було взято вдосконалення моделі-схеми управління діяльністю служби, впровадження в роботу закладу комп'ютерної техніки та сучасних комп'ютерних технологій, зокрема медичної інформаційно-довідково-моніторингової системи баз даних (рис.).

Щоденне функціонування такої динамічної системи ОШВД дозволило сформулювати загальний банк даних, який, в свою чергу, складається зі структурно і логічно взаємопов'язаних чотирьох баз даних: робочої бази – даних пацієнтів з ХПСШ та їхніх статевих партнерів, архівної бази пацієнтів венерологічних кабінетів, бази патронажних доручень (регіональних і міжміських), бази даних діагнозів, історій хвороб.

Використання комп'ютерних технологій і мереж у діяльності системи інформаційного забезпечення ДВС дозволило найбільш оперативно і

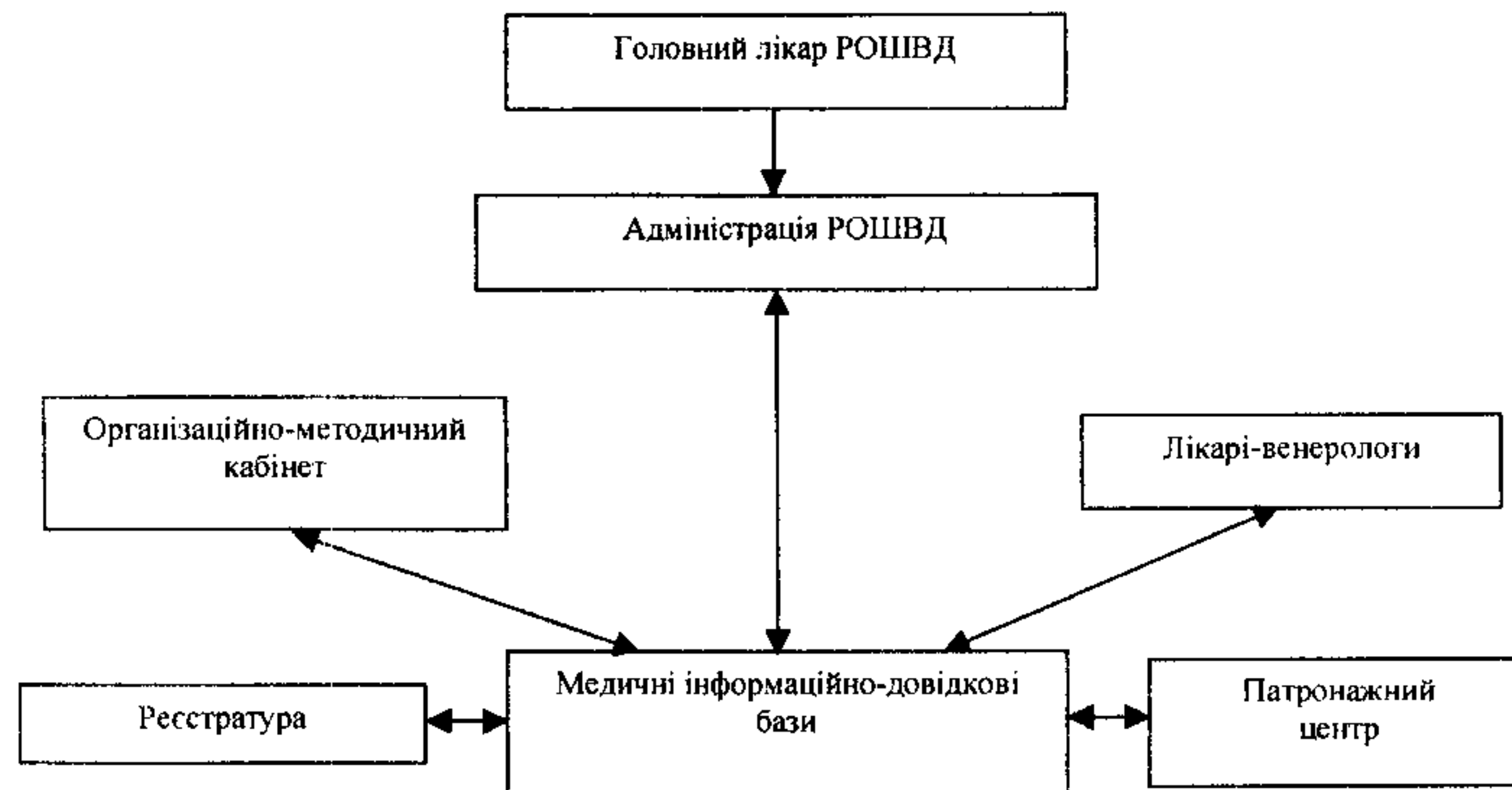


Рис. Функціональна схема медико-інформаційної системи Рівненського обласного шкірно-венерологічного диспансеру.

повно проводити пошук, збирання, зберігання, обробку, аналіз необхідної інформації, а також відомостей із медичної практики [6]. Так, діяльність зазначених програм дає змогу здійснювати моніторингове управління епідемічною ситуацією та профілактичними заходами для оптимального ефективного впливу на поширення ХПСШ у регіоні внаслідок прийняття відповідних оперативно-тактичних обґрунтованих рішень.

Однак більшість працюючих програм, розроблених місцевими умільцями, є різними в різних регіонах і недосконалими. Відсутність елементів стандартизації та уніфікації з даного питання утруднює налагодження модемного зв'язку між ОШВД різних регіонів.

Реформування теперішньої ДВС з орієнтацією на нові організаційні принципи та управлінські схеми, а також цільові установки і функції – факт, який не потребує коментарів. Та необхідно застерегти, що будь-які розбудовчі процеси приречені, якщо вони не спиратимуться на примноження досягнутого досвіду, тобто очевидна потреба системно-історичного підходу до реформування.

Тому досить дивним виглядає спрямування

деяких чиновників від медицини на розбазарювання ДВС. Складається враження, що існують структури, зацікавлені, щоб у майбутніх ринкових умовах державна дерматовенерологія загинула або залишалась на примітивному рівні. І це стосується служби, що дійсно, є системою з потужною матеріально-технічною базою, кваліфікованими кадрами, напрацьованим досвідом роботи із специфічним контингентом пацієнтів.

Сексуально-трансмисивні інфекції належать до соціально залежних хвороб, тому одним із елементів трансформації системи дерматовенерологічної допомоги населенню в нових, змінених умовах було б створення в державі мережі анонімних кабінетів, передбаченої та регламентованої наказом МОЗ України № 207 від 30.12.92. Поширення сексуально-трансмисивних інфекцій серед соціально адаптованих верств населення, різке розширення суспільства, ріст міграції населення, комерціалізація інтимних стосунків, формування здібними дилетантами чорного ринку противенеричних послуг – основні об'єктивні передумови створення державної анонімної венерологічної допомоги.

В умовах проголошеної демократизації суспільства, Декларації прав людини жорстка, авторитарна система епідеміологічного нагляду за вогнищами венеричних інфекцій, яка спиралась на силові методи, виявилась неефективною, застарілою. Анонімні кабінети (АК) стали першим кроком трансформації бюджетної дерматовенерології в умовах формування ринкових відносин у державі. Саме анонімні кабінети певною мірою є практичною моделлю "ідеальної" структурно-функціональної ланки ДВС. Госпрозрахункові засади функціонування АК вимагають проведення найповнішого обсягу цілеспрямованої діагностичної роботи, здійснення ефективних лікувальних заходів у максимально стислі терміни.

За чотири роки існування АК у Рівненській області вивчалась ефективність функціонування даної ланки ДВС, сильні та слабкі сторони їхньої діяльності. В анонімних кабінетах, що працюють при обласному дерматовенерологічному диспансері, протягом 1995-1999 рр. було прийнято 45 377 пацієнтів, серед яких встановлено діагноз ХПСШ у 3745 чоловік, що становить $(8,3 \pm 0,15)\%$. Всього із загальної кількості зареєстрованих хворих на сифіліс і гонорею в анонімних кабінетах за даний період роботи виявлено відповідно $21,0 \pm 0,71$ і $(14,5 \pm 0,85)\%$.

Створення анонімних кабінетів – це своєчасне, обгрунтоване та вдале управлінське рішення, направлене на підтримання оптимального режиму діяльності ДВС в сучасних умовах і реалізацію основного завдання – зменшення захворюваності населення на сексуально-трансмисивні хвороби шляхом проведення діагностично-лікувальних заходів у вогнищах венеричних інфекції на ранніх стадіях розвитку.

В умовах недофінансування системи охорони здоров'я невиваженим виглядає рішення Конституційного суду про заборону надання платних послуг державною ДВС. Адже всім відомо, що в

останні роки ДВС тільки й функціонувала, дякуючи анонімним кабінетам. Завдяки діяльності даної структури відбувалось забезпечення лабораторних підрозділів устаткуванням і реактивами. За рахунок більш заможних пацієнтів надавалась допомога дітям, вагітним, малозабезпеченим і соціально неадаптованим верствам населення. Виникає закономірне запитання, якщо "хороших" пацієнтів будуть лікувати приватні медичні заклади, то за які кошти держава має лікувати "нехороших", соціально небезпечних венеричних хворих? Бюджетна ДВС із застосуванням елементів платної медицини в нашій державі зараз є першою вдалою спробою створення цивілізованої моделі в період переходу суспільства до ринкових відносин, коли за рахунок багатших мають змогу отримати необхідну медичну допомогу бідні. До речі, така модель успішно функціонує в економічно розвинених країнах світу. Тому багатуючі у дерматовенерології, здорова конкуренція – це завтрашній день медицини України, це вимога часу.

Під час моделювання управлінських схем важливо враховувати, що реформування системи ДВС, основане лише на методах централізованого управління або виключно на ринкових принципах, однаково приречені на поразку [2]. Вкрай важливо прагнути досягнення єдності філософії та координування розвитку компонентів системи.

Отже, наведене вище дозволяє стверджувати, що реформування дерматовенерологічної служби, її апарату управління, діяльності регіональних структур (підсистем) необхідно здійснювати системно, комплексно та цілеспрямовано згідно з науково обгрунтованими та законодавчо визначеними схемами-моделями. Однак під час реструктуризації систем необхідно враховувати перш за все інтереси держави і населення, а також традиції, досвід і культурно-духовний спадок українського народу.

Список літератури

1. Васильченко С.А., Мостипан А.В. Первый этап реформы здравоохранения: перераспределение ресурсов // Медицина Украины. – 1995.–3.–С.36–37.
2. Державне управління, державна служба і місцеве самоврядування /За ред. О.Ю. Оболонського.–Хмельницький: "Поділля".–1999.–570 с.
3. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения.–К.:Б.и., 1994.–С.195–213.
4. Журавель В.И. Концептуальное видение стратегии и тактики реформирования здравоохранения Украины // Укр. мед. часопис. –1999.–5/13.–С. 38– 42.
5. Про типологізацію областей України за ресурсним потенціалом системи охорони здоров'я: Інформ. листок.: – К.: Б.в., 1999.–2 с.
6. Сердюк А.М., Торбін В.Ф., Поліщук В.М. та ін. Комп'ютерні технології в медицині та Державний реєстр.–Рівне: Вертекс, 1997.–С.7 –57.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ: ПРОБЛЕМЫ, БУДУЩЕЕ

Н.В. Маняк, Н.А. Журавель (Ровно)

На основании анализа проблем деятельности дерматовенерологической службы Ровенской области приведены основные причинно-следственные факторы кризисного состояния современной дерматовенерологической службы Украины, обоснованы концептуальные направления реформирования управления данной отраслью медицины согласно позиций теории систем и требований менеджмента.

DERMATIC VENEREOLOGY PROBLEMS OF TODAY AND TOMORROW

N.V. Man'ak, N.A. Zhuravel (Rivne)

The basic cause and effect factors of the crisis in the modern dermatic venereology service of Ukraine are given on the basis of the analysis of dermatic venereology care problems in the Rivne regions, the conceptual tendencies of reforming the administration of this branch of medicine are grounded according to the system theory and standards of management.

УДК 616.053./5-056.3-036.2

А.З. АКОПЯН

ВИВЧЕННЯ АСПЕКТІВ ФОРМУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Київська медична академія післядипломної освіти

Перенесений у дитячому віці atopічний дерматит (АД), алергічний риніт (АР) та інші алергічні захворювання (АЗ) нерідко надалі трансформуються в бронхіальну астму (БА), виконуючи роль "прелюду", і часто супроводжують захворювання, ускладнюючи його перебіг.

З метою детального вивчення формування АЗ у дітей, зокрема БА, нами у м.Києві в осінньо-зимовий період 1998–1999 рр. було проведено дослідження поширеності та тяжкості проявів БА і АЗ з точки зору їх еволюції у двох вікових групах (6–7 та 13–14 років) за методикою International Study of Astma and Allergies in Childhood (ISAAC, 1993). У кожній віковій групі було по 3000 дітей, з них 1504 дівчинки і 1496 хлопчиків 6–7 років і 1521 дівчина та 1479 хлопців 13–14 років.

Далі на підставі позитивних відповідей на ключові запитання щодо астми, утрудненого і шумного дихання (wheezing), риносинусопатій і проявів АД була створена підгрупа дітей для обстеження на об'єктивні маркери АЗ (сироватковий імуноглобулін Е – IgE – та алерген-специфічний IgE) під час шкірного алергологічного тестування, фізичного

обстеження, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих зі скаргами на wheezing. Обстежена група складалася з 264 дітей, з яких 118 дітей було 6–7 років (69 хлопчиків і 49 дівчаток) і 146 дітей 13–14 років (88 хлопців і 58 дівчат).

Епідеміологічне обстеження за методикою ISAAC передбачало проведення опитування за стандартними переліками запитань про БА, АР і АД.

Скарифікаційні шкірні проби (СШП) проводилися водно-електролітними розчинами найбільш поширених пилоквих, побутових, плісневих і харчових алергенів (виробник МП "Імунолог", м.Вінниця). Концентрацію сироваткового Ig E визначали в лабораторно-діагностичному підприємстві "Vitacel" методом імуноферментного аналізу (ІФА). Визначення проводили за методом комп'ютерної флоуметрії в центрі "Pulmis" на апараті "Master Lab" (Erich Eger).

Під час статистичної обробки результатів дослідження використовувалися методи кутового перетворення Фішера, визначення кореляції якісних показників і варіаційної статистики з розрахуванням середніх арифметичних значень (M). Різниця

між значеннями показників була вірогідною у випадках, коли $P < 0,05$.

Основним симптомом, що характеризує бронхіальну астму, є wheezing – утруднене, шумне дихання зі свистом протягом усього життя, що персистує в останні 12 місяців.

Основні результати першої фази дослідження за методикою ISAAC подано у таблиці.

Як видно з таблиці, у 16,8% дітей 6–7 років і 15,2% 13–14 років wheezing зберігається протягом останнього року без вірогідних відмінностей у віці дітей ($P > 0,05$). Між двома віковими групами існують вірогідні розбіжності ($P < 0,05$) у тяжких проявах БА і проявах середньої тяжкості з переважанням у молодшій віковій групі. Однак у старшому віці зростає питома вага тяжких астматич-

Результати першої фази дослідження за програмою ISAAC

Симптом (діагноз)	Діти 6–7 років						Діти 13–14 років					
	Хлопчики n= 1496		Дівчатка n= 1504		Всього n= 3000		Хлопці n= 1479		Дівчата n= 1521		Всього n= 3000	
	Поширеність											
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
wheezing												
протягом життя	477	31,9	399	26,5	876	29,2	304	20,6	449	29,5	753	25,1*
за останні 12 міс.	269	18	236	15,7	505	16,8	177	12	278	18,3	455	15,2
БА діагностована	139	9,3	105	7	244	8,1	106	7,2	77	5,1	183	6,1*
Риносинусопатія												
протягом життя	639	42,7	585	38,9	1224	41	849	57,4	992	65,2	1841	61,4**
протягом 12 міс.	598	40	556	37	1154	38,5	636	43	772	50,8	1408	46,9**
АР діагностований	84	5,6	82	5,5	166	5,5	77	5,2	91	6	168	5,6
Стійкий сверблячий висип												
протягом життя	117	7,8	137	9,1	254	8,5	118	8	135	8,9	253	8,4
протягом 12 міс.	88	5,9	130	8,6	218	7,3	85	5,7	117	7,7	202	6,7
АД діагностований	51	3,4	63	4,2	114	3,8	50	3,4	68	4,5	118	3,9

Примітка. * – Відмінності між групами статистично вірогідні ($P < 0,05$).

** – Відмінності між групами статистично вірогідні ($P < 0,01$).

них приступів із дихальною недостатністю II–III ступенів.

Поширеність риносинусопатії за останні 12 місяців вірогідно більша у старшій віковій групі, ніж у молодшій, і становить відповідно 46,9% і 38,5% ($P < 0,05$). Суттєво погіршується стан хворих у зимовий період, що, зрозуміло, пов'язано зі збільшенням респіраторної захворюваності у холодну пору року.

Згідно з результатами ISAAC, у 49% дітей перші маніфестації АД проявляються до дворічного віку, 30 – від 2 до 4 років, у 21% – після 5 років. Прояви АД протягом останнього року відзначають 7,3% дітей 6–7 років і 6,7% – 13–14 років без вірогідних відмінностей у цих групах ($P > 0,05$). Незважаючи на більшу поширеність АД у молодшій групі, у дітей старшої групи перебіг захворювання тяжчий.

На підставі отриманих результатів дослідження можна встановити періоди формування АЗ: формування ризику розвитку АЗ, початкових проявів алергії (здебільшого шкірних чи wheezing), еволюції і становлення захворювання. На рис. наочно подано еволюцію та становлення БА, АР і АД.

У 70,4% дітей були виявлені підвищені концентрації сироваткового IgE, у 60,5% – алерген-специфічного IgE, який визначався під час кожного алергологічного тестування. Спостерігався, з одного боку, високий ступінь кореляційної залежності ($P < 0,01$) між спадковою обтяжливістю (СО) і підвищеними концентраціями IgE як специфічного, так і сироваткового (об'єктивних маркерів алергічних реакцій негайного типу, що лежать в основі патогенезу розвитку АЗ), з другого, – тісний кореляційний зв'язок між великою концентрацією IgE і проявами бронхіальної гіперреактивності (БГ) ($P < 0,01$).

Посилаючись на літературні дані про досить щільне розміщення локусів, що відповідають за сироватковий IgE і БГ на хромосомі 5q [1], можна припустити їх сумісне успадкування у випадку БА. Це підтверджується даними фахової літератури [4] та результатами проведеного дослідження, під час якого було виявлено тісний кореляційний зв'язок між розвитком АЗ і великою концентрацією IgE (сироваткового і алерген-специфічного). АЗ були зареєстровані у 94% ($n=142$) хворих, які пройшли шкірне алергологічне тестування. Концентрація сироваткового IgE була збільшена в разі БА у 87,5%

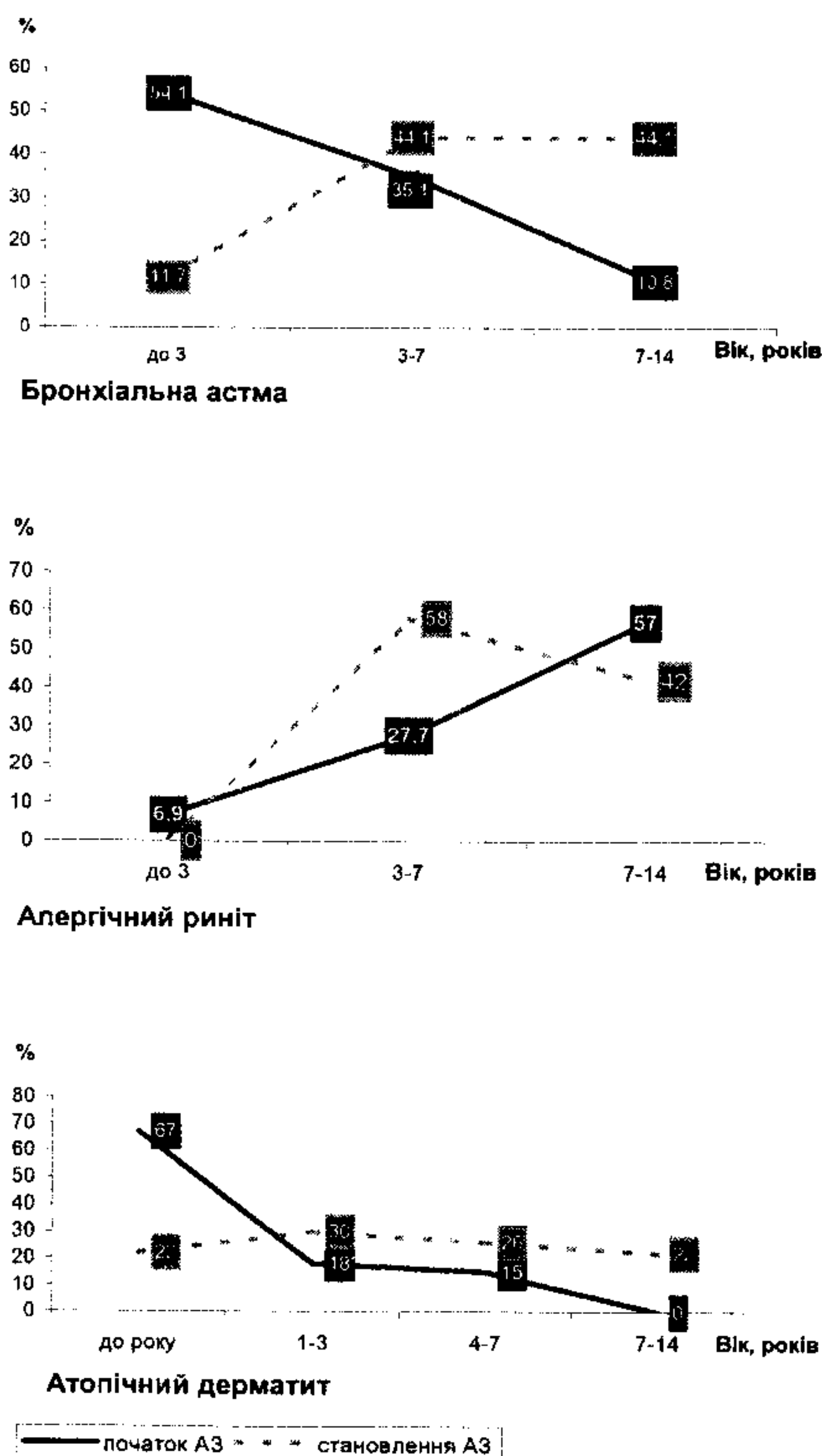


Рис. Початок і становлення алергічних захворювань залежно від віку дітей

дітей, цілорічного АР – у 77,7, полінозу – 58,6, АД – у 66,6%.

Отже, встановлено тісний зв'язок між спадковою обтяжливістю за атопіями, розвитком АЗ, підвищенням концентрації алерген-специфічного і сироваткового IgE, а в разі БА – проявом БГ.

Виходячи з результатів дослідження в аспекті еволюції АЗ, можна констатувати, що найраніше (вже на першому році життя дитини) проявляється симптоматика АД у вигляді елементів алергічного діатезу (у 70,3%). Виявлений високий ступінь кореляційного зв'язку між ексудативно-катаральним діатезом і розвитком АД ($P < 0,01$). У 52% хворих після раннього алергодерматозу до трьох років життя формується АД з розгорнутою клінічною картиною, що в 67% випадків персистує з річного віку. Від 13 до 14 років (без вірогідних розбіжностей у віці дитини) темпи розвитку

захворювання уповільнюються і тримаються на стабільному рівні (26–22%), частота початкових проявів АЗ поступово зменшується (15% у 7 років і 0% у 14 років).

З двох років до алергодерматозу приєднується респіраторна симптоматика у вигляді рецидивного бронхіту, пневмонії і ларинготрахеїту, перебіг яких супроводжується wheezing та обструктивним синдромом. Згідно з результатами дослідження, виявлений тісний кореляційний зв'язок між ранньою респіраторною захворюваністю і розвитком БА. У 76,9% дітей з обстеженої групи спостерігались ранні респіраторні захворювання, у 1/3 з них у подальшому формувалася БА.

Астматична симптоматика, зокрема wheezing, досягає найбільшої поширеності (54,1% серед хворих на БА) до 3 років життя. Після перенесених у ранньому віці респіраторних інфекцій початкові прояви БА персистують у 57,6% дітей без достовірних розбіжностей у вікових групах ($P > 0,05$). Далі прогресивне підвищення рівня поширеності wheezing поступається перед розгорнутою клінічною картиною БА (у 44,1% випадків БА діагностована в 7 років) і кількість дебютів астматичної симптоматики поступово зменшується, переходячи з епізодичної в персистуючу БА з проявами бронхіальної гіперреактивності у 64,3% хворих у віці 6–7 років і 74,2% – 13–14 років. Переважає БА середньої тяжкості із латентним бронхоспазмом без вірогідних розбіжностей у віці дітей ($P > 0,05$). Однак спостерігається також переважання тяжких асфіксичних нападів у старшому віці з бронхіальною гіперреактивністю на рівні вентиляційних порушень II–III ступенів (у 14,3% в молодшому віці і 31,4% – старшому) ($P < 0,05$). Крім того, у старшому віці також вірогідно переважають (в 2 рази) тяжкі астматичні напади з дихальною недостатністю II–III ступенів, що обмежують зв'язне мовлення. З 6–7 років і до пубертатного віку рівень захворюваності на БА тримається стабільно на високому рівні без вірогідних розбіжностей у віці (8,1% серед дітей 6–7 років і 6,1% – 13–14 років).

Фактично, від 6–7 до 13–14 років відбувається формування БА та кінцеве становлення її з відповідними морфофункціональними змінами в бронхолегеновому апараті.

З 5 років після респіраторних захворювань (у 58,1% випадків), паралельно астматичній симптоматиці швидкими темпами прогресують прояви АР у вигляді риносинусопатії, що становить 6,9% у 3 роки життя, виступає на передній план і досягає максимуму в 6–7 років. Згідно з результатами проведеного нами за програмою ISAAC дослідження, риносинусопатія становить 38,5%. Далі спостерігається деяке зниження темпів її поширеності – на 18,4% до 13–14 років, а в старшій віковій групі поширеність риносинусопатій вірогідно збіль-

шується. Фактично, формування АР відбувається після 5 років, а його становлення – в старшому дитячому віці.

Після 6–7 років прояви БА і АР дебютують рід-

ше, а нові прояви АД не спостерігаються взагалі. До 13–14 років проявляються не епізодичні алергічні реакції, а вже сформовані алергічні захворювання.

Висновки

1. Формування алергічних захворювань починається вже з першого року життя дитини проявами алергодерматозів. З трьох років приєднується респіраторна симптоматика, що, стрімко прогресуючи до 6–7 років, призводить до становлення БА. З 5 років дебютує АР, становлення якого відбувається пізніше, у 7–14 років.

2. До 13–14 років спостерігається становлення алергічних захворювань.

3. Провідну роль у формуванні ризику розвитку АЗ відіграє спадкова обтяжливність за atopіями, яка тісно корелює з підвищенням концентрації Ig E – об'єктивного маркера АЗ.

Список літератури

1. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". М., 1997.–93с.
2. ISAAC Manual Auckland (NZ) / Munster (FRG) .–2nd ed. 1993.–50 p.
3. Strachan D.P., Butland B.K., Anderson H.R. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort // BMJ.–1996.–Vol. 312.–P. 1195–1199.
4. The UCB Institute of Allergy. European Allergy White Paper.–Belgium, 1997.–116 p.

ИЗУЧЕНИЯ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

А.З. Акопян (Киев)

Установлено, что симптоматика аллергического диатеза проявляется уже с первого года жизни ребенка. К трём годам формируется atopический дерматит и дальнейшая распространённость алергодерматозов держится на уровне 7,3% и 6,7% у детей 6–7 и 13–14 лет соответственно. С трех лет присоединяется респираторная симптоматика в виде астматического дыхания – wheezing. Стремительно прогрессируя от 3 до 7 лет, распространённость астматической симптоматики достигает 16,8% у детей 6–7 лет и 15,2% – 13–14 лет. С пяти лет проявляются симптомы аллергической риносинусопатии и, прогрессируя быстрыми темпами от 6–7 до 13–14 лет, достигают 38,4% и 46,9% соответственно. К 13–14 годам БА и АР дебютируют реже, новые проявления АД не наблюдаются вовсе и имеют место сформированные аллергические заболевания.

STUDYING VARIOUS ASPECTS OF FORMING ALLERGIC DISEASES IN CHILDREN

A.Z. Hakopian (Kyiv)

Symptoms of atopical dermatitis in the form of allergic diseases start in the first year of life. By the third year allergic dermatitis is established and later, the prevalence of alerгодерматозов remains at a level of 7,3% and 6,7% in children 6–7 and 13–14 years of age respectively. From the age of 7 years, respiratory symptoms in the form of wheezing are encountered. While progressing steadily, from 3–7 years the prevalence of asthmatic symptoms reaches 16,8% and 15,2% in those 13–14 years old. From 5 years asthmatic symptoms are concomitant with allergic rhinosinusopathy, which progresses fast and from 6–7 to 13–14 years have reached 38,4% and 46,9% respectively. By 13–14 years the onset of bronchial asthma and allergic rhinitis is infrequently encountered, nor new manifestations of atopical dermatitis are observed, but established allergic diseases.

УДК 616.12-008.318:615.849.19

І.Н.ШУВАЛОВА, Г.Т.КЛИМЕНКО (Ялта)

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Санаторій "Дніпро"

Серед немедикаментозних методів лікування хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) у поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) особливу увагу привертає низькоінтенсивне лазерне випромінювання (НІЛВ) – електромагнітне випромінювання оптичного діапазону (довжина хвилі 623,8 і 890 нм) [8,9]. Це зумовлено складною біологічною дією лазерного випромінювання на організм – як на загальні системи, так і на місцеві процеси в клітинах і тканинах [3,7]. Вплив на мікроциркуляторний кровообіг є одним із важливих механізмів дії НІЛВ [1,4].

Особливістю дії інфрачервоного лазерного випромінювання у порівнянні з червоним є більш глибоке його проникнення у тканини організму [7], що сприяє поліпшенню кровотоку у мікроциркуляторному руслі, посиленню його вегетативної регуляції, що в кінцевому результаті забезпечує поліпшення метаболізму тканин, функціонування зсідальної системи крові та її реологічних властивостей [2,5,6].

Застосування інфрачервоного НІЛВ у лікуванні хворих на АГ у поєднанні з ІХС досліджено недостатньо. Відсутні дані про вплив червоного та інфрачервоного діапазонів лазерного випромінювання на цих хворих у порівняльному аспекті.

Метою нашого дослідження стало вивчення лікувального застосування лазерного випромінювання при АГ у поєднанні з ІХС з точки зору його клінічної ефективності, добору діапазону випромінювання для забезпечення диференційованого застосування.

Нами було обстежено 66 хворих на АГ II ст. у поєднанні з ІХС, зокрема з таким її проявом, як стабільна стенокардія напруження (СН) I, II і III функціональних класів [ФК-I – 41 чоловік (62,2%), ФК-II – 18 (27,2%), ФК-III – 7 (10,6%)], віком від 39 до 74 років (основна група). Основними клінічними симптомами був головний біль, запаморочення, шум у голові, біль у ділянці серця після фізичного та емоційного навантаження, задишка.

Пристипи стенокардії були різної частоти і тяжкості: у 58 чоловік (87,9%) вони були рідкими, у 8

(12,1%) – частими. Ознаки недостатності серця I та IIА стадії (ступеня) виявлені у 14 чоловік (21,1%), порушення ритму серця – екстрасистолічну аритмію I–III ст. за Лауном – у 8 (12,1%) хворих.

За даними велоергометрії у всіх хворих спостерігалось зниження коронарних і міокардіальних резервів різного ступеня (відповідно ФК СН), у 43 (65%) хворих – порушення центральної та периферичної гемодинаміки за гіпо- та гіперкінетичним типом. У всіх обстежених хворих було відмічено посилення зсідальної та пригнічення протизсідальної систем крові, у 42 (63,6%) хворих – збільшення вмісту холестерину в крові; рівень соматичного здоров'я за Г.Л.Апанасенком дорівнював $3 \pm 0,8$.

Першу групу склали 32 хворих на АГ II ст. у поєднанні з ІХС і СН_I (21 чоловік), СН_{II} (8), СН_{III} (3 чоловіки), на рефлексогенну зону комірної ділянки та акупунктурні точки яких діяли НІЛВ червоного діапазону (довжина хвилі 632 нм). При цьому використовували апарат УТЛ з вихідною потужністю випромінювання 15 мВт. Режим скануючого впливу випромінювання на комірну зону: густина потоку енергії 80 мВт/см², експозиція 5 хв, режим роботи №2 (рідка сітка). Лазерну пунктуру проводили в точках GI-4, E-36, RP-6, MC-6, VC-12, режим опромінювання контактний, компресійний, експозиція на будь-яку точку 10–20 с, потужність випромінювання при діаметрі лазерної плями до 3 мм не більше ніж 5 мВт, на курс лікування 10–12 щоденних процедур.

Другу групу складали 34 хворих на АГ II ст. у поєднанні з ІХС і СН_I (20 чоловік), СН_{II} (10), СН_{III} (4 чоловіки), на акупунктурні точки і зони яких діяли лазерним випромінюванням ІЧ-діапазону. Для цього використовували апарат "Мустанг-Био", що генерував випромінювання з довжиною хвилі 890 нм, потужністю – 2–4 Вт, частотою 80–150 Гц. Опромінювання проводили через день, експозиція на одну точку 1–1,5 хв, паравертебрально на 3–4 поля (справа і зліва) на рівні С_{III}–Т_{III} хребців на курс 10–12 щоденних процедур. Лазерну пункту-

ру виконували в точках МС-6; РР-6; Е-36; ГІ-4; ВС-12.

Лазерну терапію хворим основної групи проводили одночасно з комплексною санаторно-курортною реабілітацією, що охоплювала адекватний клімато-руховий режим, аеро-, фітотерапію, ЛГ, масаж, бальнео- та дієтотерапію.

Контрольну групу склали 33 хворих на АГ II ст. у поєднанні з ІХС і СН_I (16 чоловік), СН_{II} (14), СН_{III} (3 чоловіки). Їм, як і основній групі, проводили комплексне санаторно-курортне лікування, але без лазеротерапії. За допомогою тетраполярної грудної реографії (за Ю.Т.Пушкарем, 1984) вивчали показники центральної гемодинаміки. Визначали показники ліпідного обміну (вміст загального холестерину, тригліцеридів, коефіцієнт атерогенності), а також коагулябельні властивості крові. Фізичний стан хворого оцінювали за методикою Г.Л.Апанасенка. Показники аналізували до і після завершення курсового лікування.

Стабілізація артеріального тиску (АТ), зникнення головного болю, запаморочень, зменшення роздратованості, шуму у вухах, втомлюваності, зникнення рідких і зрідшання частих приступів стенокардії, зменшення дози застосовуваних лікарських засобів до кінця лікування спостерігалися у 72,4% хворих після лікування НІЛВ червоного діапазону, у 79,9 – інфрачервоного і у 59,5% – у контролі.

Внаслідок проведеного дослідження встановлена висока ефективність лазеротерапії. Так, у 82% хворих основної групи виявлено антигіпертензивний ефект. Систолічний артеріальний тиск знизився на 2,7–4 кПа (20–30 мм рт. ст.), діастолічний – на 1,3–2,7 кПа (10–20 мм рт.ст.). Хворі переходили з полі- на монотерапію, а в разі доброго загального самопочуття і стабільного АТ припиняли приймати гіпотензивні засоби. На ЕКГ у 78% випадків процеси реполяризації поліпшилися, а у 22% – суттєво не змінилися.

Курс лікування НІЛВ червоного діапазону сприяв перебудові центральної гемодинаміки лише в разі висхідного гіперкінетичного її типу, про що свідчило зменшення на 10,3% збільшеного ударного індексу і на 13,9% серцевого індексу, тоді як лікування НІЛВ інфрачервоного діапазону сприятливо впливало не лише на висхідний гіперкінетичний, але й на гіпокінетичний тип гемодинаміки за рахунок зменшення периферичного судинного опору на 9,6%. Зміни центральної і периферичної гемодинаміки у контрольній групі були несуттєвими.

Частота антиангінального ефекту залежала від ступеня тяжкості ІХС. Так, при лікуванні гелій-неоновим лазером антиангінальний ефект виникав частіше (86,1%) серед хворих на АГ у поєднанні зі стабільною стенокардією напруження I функціонального класу (СН_I), ніж із СН_{II} і СН_{III} (54,6%). У разі лікування лазером інфрачервоного діапазону

цей ефект спостерігався у 78,2% хворих на АГ з СН_I, у 70,6 – з СН_{II} і СН_{III}, у 59,5% хворих на АГ у поєднанні з ІХС і СН_I і СН_{II} контрольної групи.

Отже, лікування хворих на АГ II ст. у поєднанні з такими проявами ІХС, як СН_{II} і СН_{III}, НІЛВ інфрачервоного діапазону частіше приводить до антигіпертензивного і антиангінального ефекту, ніж у разі лікування цієї групи хворих НІЛВ червоного діапазону.

Лазерне випромінювання обох діапазонів на відміну від контролю позитивно впливало на коагулябельні властивості крові, про що може свідчити, зокрема, зниження рівня фібриногену крові з $4,35 \pm 0,15$ до $3,9 \pm 0,11$ г/л ($P < 0,02$) після лікування НІЛВ червоного діапазону та з $4,22 \pm 0,27$ до $3,47 \pm 0,22$ г/л ($P < 0,01$) – НІЛВ ІЧ-діапазону.

Виявлена позитивна тенденція до нормалізації ліпідного обміну під впливом обох діапазонів лазерного випромінювання на відміну від контролю, про що свідчить вміст холестерину в крові хворих першої і другої груп [відповідно до лікування ($6,2 \pm 0,37$) ммоль/л і після лікування ($5,6 \pm 0,2$) ммоль/л ($P < 0,1$); до лікування ($6,7 \pm 0,16$) ммоль/л і після ($5,5 \pm 0,23$) ммоль/л ($P < 0,1$)], а також β -ліпопротеїдів [до лікування $0,67 \pm 0,02$, після – ($0,65 \pm 0,03$) г/л ($P < 0,1$); до лікування $0,69 \pm 0,05$, після – ($0,66 \pm 0,08$) г/л].

У всіх хворих основної та контрольної груп у процесі лікування спостерігалось зростання рівня соматичного здоров'я за Г.Л.Апанасенком. Так, при висхідній величині $3 \pm 0,8$ рівень соматичного здоров'я після курсового лікування НІЛВ червоного діапазону підвищився до $4,8 \pm 0,6$, після НІЛВ ІЧ-діапазону – до $6,2 \pm 0,4$, у контрольній групі – до $4,2 \pm 0,5$, що може свідчити про активізацію механізмів саногенезу.

Отже, результати дослідження виявили деяку різницю у механізмах лікувальної дії НІЛВ червоного та інфрачервоного діапазонів у хворих на АГ у поєднанні з ІХС. Гелій-неонове лазерне випромінювання, очевидно, в більшій мірі реалізує свій лікувальний ефект шляхом впливу на загальні регуляторні процеси (нейрогуморальні системи) роботи серця, інфрачервоне – переважно шляхом впливу на мікроциркуляцію, реологічні властивості крові за участю нейрогуморальних механізмів регуляції.

У зв'язку з цим можна говорити про диференційовані підходи до вибору діапазонів НІЛВ; застосування лазерного випромінювання червоного діапазону оптимальне для лікування хворих на АГ у поєднанні з ІХС СН ІФК, інфрачервоного – хворих на АГ у поєднанні з ІХС не лише СН ІФК, але й II і III ФК, у яких серед механізмів недостатності серця велику питому вагу мають порушення мікроциркуляції міокарда, реологічних властивостей крові.

Список літератури

1. Ананченко В.Г., Стрельцов Т.В., Грязнова Н.А. Клиническая эффективность использования лазера у больных ИБС // Сов. медицина.-1988.-№6.-С. 67-71.
2. Байбеков И.М., Касымов А.Х., Козлов В.И. Морфологические основы низкоинтенсивной лазеротерапии.- Ташкент: Изд-во Ибн-Сины.-1991.-223 с.
3. Буйлин И.М. Низкоинтенсивные лазеры в лечении артериальной гипертензии.-М.: "Техника".-1998.-203 с.
4. Власова-Розанская Е.В. Повторные курсы лазеротерапии у больных ИБС методом выбора индивидуализированных режимов ИК-воздействия // Мед. новости.-1998.-№12.-С. 56-58.
5. Гамалея Н.Ф. Лазеры в эксперименте и клинике.-М.: Медицина.-1972.-232 с.
6. Зубкова С.М. Прямое и опосредованное действие лазерного излучения на кровь // Материалы конф. "Действие низкоинтенсивного лазерного излучения на кровь".-К., 1983.-С. 183-185.
7. Козлов В.И., Буйлин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ "Мустанг".-М., 1995.-144 с.
8. Самосюк И.З., Лысенюк В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике.-К., 1997.-240 с.
9. Шувалова И.Н. Влияние низкоэнергетического лазерного излучения красного и ИК-диапазона на регуляцию артериального давления у больных гипертонической болезнью // Вестн. физиотерапии и курортологии.-1998.-№ 3.-С. 47-49.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

І.Н.Шувалова, Г.Т.Клименко (Ялта)

Для изучения воздействия красного и инфракрасного диапазонов лазерного излучения было обследовано 66 больных артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца, в частности со стабильной стенокардией напряжения I, II, III функциональных классов. Установлено положительное влияние лазерного излучения обоих диапазонов на коагулирующие свойства крови, липидный обмен, уровень соматического здоровья, у 82% больных антигипертензивный и антиангинальный эффекты.

COMPARATIVE EVALUATION OF USING THE LASER RADIATION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION CONNECTED WITH CARDIAC ISCHAEMIA

I.N.Shuvalova, H.T.Klimenko (Yalta)

For studying of red and infra-red laser radiation impact, 66 patients with arterial hypertension connected with ischaemic heart disease especially with the stabile stenocardia of tension of I, II and III functional classes were investigated. About 82% patients received the antihypertensive effect as the result of laserotherapy. The laser radiation of both the red and infra-red diapasons made the positive effect on the coagulating blood properties.

УДК 616.9.616-084-053.7(048)

Д.В. ВАРІВОНЧИК (Київ)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Київський Палац дітей та юнацтва

Проблема синдрому набутого імунodefіциту охопила всі ланки людського життя – від стану здоров'я та способу життя окремого індивіда до правових та економічних аспектів буття суспільства загалом. У подоланні епідемії ВІЛ/СНІД в країнах все відчутніший вплив соціальних чинників, завдяки яким стало можливим підвищити ефективність профілактичної роботи та загальмувати темпи розвитку епідемії [2, 7].

Найсучаснішим підходом у реалізації профілактичних заходів боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД є комплексна медико-соціальна профілактика, яка інтегрує різні шляхи подолання епідемії та її наслідків. Вона охоплює профілактичні заходи, які реалізуються органами охорони здоров'я, освіти, соціального забезпечення, економіки, законодавчої влади та ін.

Сучасна профілактика СНІД ґрунтується на здійсненні впливу на шляхи передачі (статевий, парентеральний, вертикальний) ВІЛ і на сприйнятливий до нього контингент (групи ризику). Профілактику ВІЛ/СНІД прийнято поділяти на специфічну (шляхом використання профілактичних антиВІЛ-вакцин) та неспецифічну (шляхом реалізації протиепідемічних, санітарно-освітніх, соціальних заходів). Специфічна профілактика ВІЛ-інфекції на сьогодні ще не є доступною, що пов'язано з відсутністю профілактичних антиВІЛ-вакцин [11].

Метою сучасної неспецифічної профілактики СНІД є попередження та зниження ризику інфікування ВІЛ різних верств населення, що ґрунтується на концепціях зміни стереотипів особистої поведінки людини, створення соціальних умов, які перешкоджають розвитку епідемії СНІД в країні.

Концепція зміни стереотипів особистої поведінки людини щодо здорового способу життя ґрунтується на забезпеченні особистої безпечності стосовно ВІЛ-інфікування (практика безпечного сексу та попередження вживання наркотичних речовин) і ліквідації чинників ризику серед людей, які не обрали здорового способу життя (використання презервативів серед працівників сексуального бізне-

су, програм "зменшення шкоди" серед ін'єкційних наркоманів та ін.) [3, 7, 8, 11, 31].

Концепція створення умов, які перешкоджають розвитку епідемії ВІЛ/СНІД у державі базується на виробленні соціальних, правових, економічних і медичних умов, які забезпечують сприятливе середовище для реалізації профілактичних заходів, спрямованих на особисту профілактику (рівень профілактичних знань і вмій населення, доступність до соціальної, медичної, психологічної та правової допомоги) [2, 7, 11, 20, 21, 22].

Пріоритетними медико-соціальними напрямками профілактики ВІЛ/СНІД в умовах світової пандемії ВІЛ/СНІД є:

- профілактика серед дітей та молоді шляхом впровадження відповідної освіти в шкільну систему [16], профілактика серед "дітей вулиць" [15], залучення молоді до профілактики ВІЛ/СНІД серед однокласників [8, 23, 31];

- профілактика парентеральної передачі серед ін'єкційних наркоманів шляхом впровадження стратегії "зменшення шкоди" [3, 8];

- профілактика статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції впровадженням у популяцію концепції безпечного сексу серед загального населення [19], гомо-, бісексуалістів [14], працівників секс-бізнесу [30];

- профілактика передачі ВІЛ від матері дитині [25].

Ефективність профілактичних заходів залежить від багатьох соціальних, політичних, правових, економічних, психологічних чинників і розвитку системи охорони здоров'я [7, 24].

Завдяки комплексному підходу профілактики ВІЛ/СНІД вдалося знизити темпи зростання ВІЛ-інфікування в державах Північної Америки, Східної Європи, Австралії та Японії [2, 7, 27]. Але в багатьох державах, до яких відноситься й Україна, розвиток епідемії йде швидкими темпами, а розвиток профілактичних систем – неадекватний цьому [2, 13, 27].

Багаторічні дослідження доводять, що профілактика ВІЛ/СНІД, захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), раннього статевого життя є ефективною лише тоді, коли її розпочати ще в дитя-

чому віці з максимальною інтенсивністю, яка припадає на підлітковий вік, коли формуються стійкі стереотипи безпечної поведінки та навички протистояння домаганням і насиллю. Від реалізації профілактичних заходів у підлітковому віці залежить їх подальша сприйнятливність та ефективність [6, 11, 29].

Завданнями профілактики ВІЛ/СНІД в підлітковому віці є попередження раннього початку статевого життя, вживання психоактивних речовин, навчання протистоянню тиску та раціональному прийняттю рішень, надання психологічної та соціальної допомоги, формування толерантного та гуманного ставлення до ВІЛ-інфікованих, надання медичної допомоги під час позбавлення від наркотичної залежності та лікування з приводу ЗПСШ тощо [5, 6, 11, 23, 28, 26].

До сучасних стратегій профілактики ВІЛ-інфікування серед підлітків належать:

– стратегія зміни філософії та психології життя, яке ґрунтується на стереотипах поведінки та раціональності в напрямку ствердження здорового способу життя [6, 12];

– залучення підлітків до розробки та реалізації профілактичних програм, спрямованих на їх однолітків [4, 5, 23];

– профілактичні стратегії, які ґрунтуються на гендерних, субкультурних, почуттєвих особливостях і відносинах підлітків [6, 23];

– використання вікових психологічних особливостей підлітків для підвищення ефективності профілактичних програм [23].

Найактуальнішою проблемою сучасної профілактики ВІЛ-інфікування серед підлітків залишається профілактична дисоціація, що характеризується високим рівнем загальних знань про ВІЛ/СНІД і низьким рівнем реалізації профілактичних умінь. Це явище виникає внаслідок відсутності сформованого в підлітковому віці почуття власної небезпеки щодо ВІЛ/СНІД, чому сприяє: відсутність єдиної системи та концепції профілактичних

заходів, формальність профілактичної освіти та виховання, недоступність і низький рівень медико-психологічної допомоги, наявність порушень конфіденційності інформації про пацієнта, що спостерігаються в Україні. Все це розриває цілісність основних складових частин профілактичної роботи, що ґрунтуються на єдності знань – стосунків – поведінки – практики [12, 17, 28].

Особливим пробілом у формуванні профілактичної дисоціації слід вважати відсутність диференційованого підходу до реалізації профілактичних заходів, через що не враховуються психологічні та соціальні особливості підлітків у плануванні та реалізації профілактичної освіти та виховання, медико-психологічної допомоги [1]. Недиференційована за цільовими групами населення організація профілактичної роботи призводить до протистояння суспільства в реалізації профілактичних програм, особливо серед дітей і підлітків [6, 9].

Однією з найважливіших проблем, які знижують ефективність профілактичних заходів, є недостатність фінансово-матеріальних і людських ресурсів та неадаптованість профілактичних заходів до ресурсів і можливостей системи охорони здоров'я [7, 18, 28].

Диференційованість профілактичного підходу в групах підлітків за чинниками ризику може знизити собівартість цих заходів і підвищити їх ефективність.

Отже, основною проблемою сучасної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД серед підлітків є: профілактична дисоціація між рівнем профілактичних знань і поведінкою, відсутність диференційованого розподілу підлітків на цільові групи профілактики, цілісної та доступної системи соціально-психологічної та медичної допомоги, адаптованої до потреб підлітків. Вирішення цих проблем дозволить підвищити ефективність соціальної профілактики, знизити собівартість профілактичних заходів і загальмувати розвиток епідемії СНІД в Україні.

Список літератури

1. Багалеї Дж. Кампанія санітарного просвєщення в средствах массовой информации: важен не только смысл сказанного, но и способ подачи материала //Профилактика СПИДа посредством санитарного просвєщения. Рассмотрение деликатных вопросов: Сб. науч. тр. – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 29–40.
2. Барнет Т. Уайтсайт А. Соціальный та економічний вплив ВІЛ/СНІДу в Україні. –К.: Британська рада в Україні, 1997. – С. 92.
3. В помощь консультанту: Информационно-методические материалы по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании среди групп повышенного риска /Сост. О.Л. Запорожец, А.А. Протопопов. – Полтава, 1998. – 34 с.
4. Варивончик Д.В. Досвід профілактичної роботи з підлітками м. Києва в рамках проекту “Діти України – анти-ВІЛ/СНІД” //Профилактика ВІЛ/СНІДу серед підлітків у позашкільний час /За ред. Д.В.Варивончика. – К.: КПДЮ, 2000. – С. 12–15.
5. Варивончик Д.В. Освітні програми як напрям попередження ВІЛ-інфікування серед дітей та підлітків //Молодь у всесвітній кампанії проти СНІДу: Інформаційно-методичні розробки за матеріалами проведення акції під час Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом /За ред. Д.В.Варивончика, Л.І.Ткачук. –К.:КПДЮ, 1998.–С. 5–11.
6. Влияние образования в области ВИЧ-инфекции и сексуального здоровья на сексуальное поведение молодежи: актуализация обзора. – Женева: ЮНЕЙДС, 1997. – 63 с.
7. Лицом к лицу со СПИДом. Приоритеты общества в условиях глобальной эпидемии. – Вашингтон: Всемирный банк, 1997. – 17 с.

8. Мамчик Т.А., Кудрявцева Н.Д., Землянская Н.П., Шипицына Л. В. Роль образовательных программ по профилактике ВИЧ-инфекции и формированию здорового образа жизни подростков //Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. –1999. – № 1. – С. 113–114.
9. Мойнихан М. Эмоциональная реакция на пандемию СПИДа //Профилактика СПИДа посредством санитарного просвещения. Рассмотрение деликатных вопросов: Сб. науч. тр.– Женева: ВОЗ, 1995. – С. 3–9.
10. Молодь у Всесвітній компанії проти СНІД: Інформаційно-методичні розробки за матеріалами проведення акції під час Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом /За ред. Д.В.Варивончика, Л.І.Ткачук – К.: КПДЮ, 1998. – 19 с.
11. Покровський В.В. Эпидимнология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа. – М.: Медицина, 1996. – 248 с.
12. Смит В.А., Дебус М. Роль качественных исследований в профилактике СПИДа //Профилактика СПИДа посредством санитарного просвещения. Рассмотрение деликатных вопросов: Сб. науч. тр.– Женева: ВОЗ, 1995. – С. 23–28.
13. Щербинская А.М., Кобыща Ю.В., Круглов Ю.В. и др. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на Украине (1987-1997) //Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.– 1999. – №1. – С. 26–29.
14. AIDS and men who have sex with men. – Geneva: UNAIDS, 1997. – 8 p.
15. Axmann A. Eastern Europe and Community of Independent // Int. Migration. – 1998. – 36, № 4. – P. 587–601.
16. Children and HIV/AIDS. UNAIDS briefing paper.– Geneva: UNAIDS, 1999. – 21 p.
17. Coates T.J., Aggeleton P., Gutzwiller F. et al. HIV orevention in developed countries //Energ. Sante. Serv. Etud. Med. – 1997. – Vol. 8, № 2. – P. 329–331.
18. Cohen D. The economic impact of the HIV epidemic. HIV and development programme. – New York: UNDP, 1997. – P.12–27.
19. Condom promotion for AIDS prevention: A guide for policy-makers, managers and communicators. – Geneva: WHO, 1995. – 73 p.
20. Counseling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: Elements and issues. – Geneva: UNAIDS, 1999. – 58 p.
21. HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. – Geneva: Unsted National, 1998. – 64 p.
22. HIV/AIDS prevention policies for youth in Europe. State of the art /Ed. S.W. Cremer. – Netherlands: NIGS, 1998. – 199 p.
23. Key issues and ideas for action. 1999 World AIDS Campaign with children and young people. – Geneva: UNAIDS, 1999. – 22 p.
24. Lupton D., Tulloch J. Senior schools students' experiences and opinions of school-based HIV-AIDS education // Aust. N. Z. J. Public. Health. – 1997. – Vol. 21, № 5. – P. 531–538.
25. Prevention of HIV transmission from mother to child. Strategic options. – Geneva: UNAIDS, 1998. – 18 p.
26. Reid E. The HIV epidemic and development: The unfolding of the epidemic //Paper presenter at the centre for strategic and international studies global HIV/AIDS conference.– Jacksonville, Florida, 1998. – P. 35–39.
27. Report on the global HIV/AIDS epidemic–1998. – Geneva: UNAIDS, 1998. – 75 p.
28. The impact of HIV/AIDS on education. A review of literature and experience. – Paris: UNESCO, 1994. – 45 p.
29. Thomson C., Currie C., Todd J., Elton R. Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15–16 year olds, 1990–1994: findings from the WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) // Health. Educ. Res. – 1999. – Vol.14, № 3. – P. 357–370.
30. Treadway L., Yoakam J. Creating a safer school environment for lesbian and gay students //J. Sch. Health. – 1992. – Vol. 62, № 7. – P. 352–357.
31. Young people and HIV/AIDS. UNAIDS briefing paper. – Geneva: UNAIDS, 1999. – 14 p.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Д.В. Варивончик (Киев)

Рассмотрены современные направления и концепции профилактики ВИЧ-инфицирования подростков. Определены основные проблемы профилактической работы (явление профилактической диссоциации, социального противостояния реализации профилактических программ, недостаточный охват подростков социально-психологической и медицинской помощью, дефицит финансовых и человеческих ресурсов в осуществлении программ). Сделан вывод о необходимости разработки профилактических программ для различных социальных групп подростков (целевые группы) в зависимости от имеющихся факторов риска ВИЧ-инфицирования.

CONTEMPORARY ASPECTS FOR MEDICO-SOCIAL PREVENTION OF HIV-INFECTION AMONG TEEN-AGERS (ANALYTICAL LITERATURE SURVEY)

D.V. Varyvonchuk (Kyiv)

Current trends and concepts for teen-agers' HIV-infection preventive measures have been considered. The principal aspects for preventive measures have been defined (preventive dissociation occurrence, social resistance to preventive programmes' realization, insufficient involving of teen-agers into social- psychologic and medical aid, financial and human resources deficit in programmes achievement). The conclusion was made about the necessity to work out preventive programmes for different social groups of teen-agers (target groups) depending on present HIV-infection risk factors.

УДК 614.2.23/.25(477)

О.Н.ЛИТВИНОВА

ДО ПИТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Тернопільська державна медична академія

Некомпетентність управління здатна зруйнувати найстійкішу систему. Розвал системи охорони здоров'я в Україні є яскравим тому свідченням. Причини цього явища досить складні та неоднозначні, але в даній статті зупинимося на сьогоденній ситуації в управлінні охороною здоров'я та її перспективі.

Кінцевою метою керівника в охороні здоров'я є забезпечення підтримки та зміцнення здоров'я населення. Сьогодні економічні, політичні та соціальні сили розвинутих країн світу вивели систему охорони здоров'я за межі звичайної схеми її діяльності – лікування хворих із гострими станами, підняли її до рівня більш цілісної моделі, у якій наголос робиться на добробуті людей – чиннику, що впливає на рівень здоров'я. Ці самі сили у найближчі п'ять–десять років матимуть великий вплив на надання медико-санітарної допомоги й в Україні. До них можна віднести створення світової економіки, що зумовить потребу управління глобальними стратегічними процесами, як, наприклад, розвитком біотехнологій, транснаціональними і транскультурними зв'язками, направленням хворих до закладів високоспеціалізованої допомоги тощо.

Іншою змінною, що впливатиме на надання медико-санітарної допомоги, будуть інформаційні потоки, що потребують нових інформаційних технологій, пристосування до швидких засобів передачі інформації, збереження її конфіденційності тощо. Не менш впливовим є ріст соціально небезпечних хвороб та явищ, таких як СНІД, наркоманія, тероризм, інші "нові сюрпризи", що потребуватимуть вміння справлятися з непередбачуваним ростом видів медичної та соціальної допомоги, проведення профілактичних заходів. Старіння населення, зростання етнічно-культурного плюралізму, значна диференціація доходів населення – все це вимагатиме великих зусиль і можливостей у динамічній перебудові системи охорони здоров'я. Розвиток нових технологій як лікувально-діагностичного плану, так і фінансово-еко-

номічного, вимагатиме вміння швидко оволодівати новими знаннями для внутрішньої перепрофілізації галузі, інших навичок і вмінь, необхідних для оперативного вирішення проблем системи охорони здоров'я, налагодження зовнішніх контактів з іншими сферами народного господарства та державними структурами. Ці сили спричинять фундаментальні зрушення у самій системі охорони здоров'я та її керівництві [8].

Проблема ускладнюється тим, що організація охорони здоров'я суттєво відрізняється і відрізнятиметься від інших типів організацій різноманітністю та складністю виконуваних робіт, їх терміновістю, нетерпимістю до невизначеності та помилок у роботі, своєю унікальністю, яка полягає в тому, що значно складнішими є визначення та вимірювання результатів її діяльності; виробничою діяльністю, що пов'язана з іншими видами роботи і потребує високого ступеня координації дій різних професійних груп, спеціалізації, незначним контролем за виконанням роботи лікарями і витратами з боку адміністрації організації, тобто тієї керівної ланки працівників, які несуть найбільшу відповідальність за стан справ перед населенням і державою, подвійними повноваженнями в багатьох закладах охорони здоров'я, що створює проблеми координації та підзвітності, приводить до змішування ролей.

Унікальність організації охорони здоров'я полягає ще й у тому, що їй притаманні наведені характеристики в комбінації. Саме це злиття професійних, технічних і функціональних ознак робить управління системою охорони здоров'я надзвичайно проблематичним, а вимоги до керівника закладу охорони здоров'я – досить високими. Якщо раніше діяльність керівника обмежувалась лікарнею чи іншим закладом, а його функції полягали у плануванні, управлінні організаційними процесами, комплектуванні штатів, керівництві та контролі, то сьогодні основною функцією є стратегічне планування і налагодження взаємозв'язків із зовнішнім середовищем та одночасне забезпечення внутрішніх потреб організації.

Стратегія кадрового забезпечення реформи управління системою охорони здоров'я України значною мірою спрямована на ефективність використання людських ресурсів держави на основі всебічного розвитку особи, збагачення її професіоналізму, ефективної реалізації її здібностей та особистій зацікавленості в основних видах управлінської діяльності – стратегічному плануванні, організаційній роботі, укомплектуванні штатів, загальному керівництві та контролі. Тому основою реформи управління системою охорони здоров'я є оптимізація кадрової політики і кадрового менеджменту.

Поняття кадрової політики та кадрового менеджменту трактуються на сьогоднішній день по-різному. Якщо під кадровою політикою розуміти соціально-політичні механізми підготовки й добору управлінських кадрів, то поняття кадрового менеджменту охоплює соціально-правові технології законодавчого порядку. Виходячи із наведеного, суть кадрової політики в системі охорони здоров'я полягає у реструктуризації управлінської діяльності та її реформуванні відповідно до нових потреб суспільства. Принцип системності у доборі та підготовці керівних кадрів у системі охорони здоров'я – основний засіб вирішення даної проблеми.

Одним із першочергових напрямів реформування управління системою охорони здоров'я слід вважати об'єктивізацію відбору кандидатів на керівні посади. Це дасть змогу не лише покращити порядок комплектування, а й забезпечити у подальшому потрібний рівень її функціонування як найважливішого складника загальної системи безпеки держави. Цей момент має важливе стратегічне значення як для системи охорони здоров'я, так і для держави в цілому, про що йдеться в Указі Президента України "Про державну комісію з проведення в Україні адміністративних реформ" № 620/97 від. 07.07.97, згідно з яким державній комісії запропоновано основну увагу спрямувати на реформування системи підготовки і перепідготовки управлінських кадрів [6].

Досвід провідних держав Західної Європи та США показує, що ефективність управління прямо пропорційна ефективності системи відбору кадрів. На цьому наголошують у своїх працях і відомі зарубіжні дослідники. Так, М.Х. Мескон, А.Альберт, Ф. Хедоурі [4] вважають ефективний відбір кадрів однією з форм попереднього контролю якості людських ресурсів. Дж.Грейсон і К.О'Делл [1], розглядаючи підготовку і безперервне навчання кадрів, підкреслюють той факт, що компанії, які збираються вкласти великі кошти в освіту і професійний розвиток своїх співробітників, повинні дуже ретельно підходити до того, кого і як вони приймають на роботу. Такий підхід до відбору ке-

рівних кадрів та їх освіти особливо стосується й охорони здоров'я.

Спеціаліст з маркетингу Ф.Котлер вказує на важливість ретельного відбору кадрів як гарантії успішного функціонування організацій [4]. "Японське диво" 40-х років відбулося завдяки впровадженню системи професійного відбору, який дозволив розподіляти працівників за професійною діяльністю, що найбільше відповідала їхнім індивідуально-психологічним можливостям. Америка розцвіла лише завдяки впровадженню системи пошуку і розвитку талантів. Тому ставка на використання особистісного потенціалу громадян, пошук і розвиток їх талантів дасть змогу й українській системі охорони здоров'я вийти із сьогоднішньої кризи.

Назріла потреба в концепції побудови такої професійно-кваліфікаційної моделі сучасного керівника з охорони здоров'я, що відображала б його позиції у сфері адміністративно-управлінської та професійної діяльності, а також у сфері морально-етичних відносин і особистих якостей, що не менш важливо. Необхідно напрацювати низку нормативних актів з урегулювання стосунків між суб'єктом та об'єктом управлінської діяльності в системі охорони здоров'я, оцінки діяльності керівних кадрів, захисту їх прав і свобод, розкриття їх здібностей, професійного зростання тощо. Алгоритм підготовки такого керівника виглядатиме приблизно так.

1. Визначення функцій керівника з охорони здоров'я за рівнями управління (від завідувача відділення лікувального закладу до міністра охорони здоров'я та апарату Кабінету Міністрів і Адміністрації Президента), що практично є розробкою багаторівневої професіограми керівника системи охорони здоров'я.

2. Визначення потреби системи охорони здоров'я у керівних кадрах та їх резерві.

3. Розробка етапів підготовки (базовий, післядипломний, підвищення кваліфікації) керівників системи охорони здоров'я.

4. Складання комплексної програми підготовки згідно з професіограмами за рівнями управління та етапами навчання.

5. Визначення бази підготовки даних керівників.

6. Розробка юридичної бази для підготовки, вдосконалення, призначення, звільнення та працевлаштування керівників системи охорони здоров'я та їх соціального захисту.

Запровадження методів профорієнтації в системі охорони здоров'я можливе лише в разі врахування певних соціальних умов, таких як низька особистісна активність значної кількості населення, високий рівень конформізму тощо. Важливого значення на рівні профорієнтації слід надавати тим

особистим якостям індивіда, які дуже потрібні йому для успішної управлінської діяльності. До таких індивідуальних характеристик можна віднести чесність, гідність, доброзичливість, благородство, скромність, чуйність, чемність, самокритичність, правдивість, сміливість, принциповість, емоційну врівноваженість, добру пам'ять, сильну волю, фізичну витривалість, хороший стан здоров'я, стійку нервову систему.

Система кадрового менеджменту, зокрема механізм відбору кадрів, охоплює такі поняття, як: *профорієнтація* – система певних заходів, спрямованих на забезпечення галузі компетентними фахівцями, здатними забезпечити досягнення мети даною організацією; *профконсультація* – комплекс заходів щодо вивчення індивідуально-психологічних властивостей особистості для надання кожній особі, яка цього потребує, допомоги у виборі сфери професійної діяльності, що відповідає її можливостям і потребам, де вона могла б розкрити свій природний потенціал з найбільшою користю для себе і суспільства (з погляду державного підходу), або для вирішення питання придатності чи непридатності даної особи для керівної діяльності (з погляду галузевого підходу); *профадаптація* – заходи, спрямовані на оптимізацію поєднання індивідуально-психологічних якостей, про які йшлося вище, можливостей і зовнішніх чинників з метою досягнення професіоналізму.

Отже, професійний відбір у системі управління охороною здоров'я треба розглядати як комплекс психолого-педагогічних засобів, спрямованих на забезпечення даної сфери високопрофесійними і кваліфікованими управлінськими кадрами.

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я найбільше залежить від якості управлінського персоналу, і тому першочерговим завданням сьогодні в Україні є визначення статусу керівників з охорони здоров'я, усунення розходжень між їхніми повноваженнями та відповідальністю, організація управління людськими ресурсами, які забезпечуватимуть функціонування галузі.

Сьогодні вимоги до керівника настільки складні, що практика вибору за принципом "він такий хороший хірург – давайте зробимо його головним лікарем" – досить сумнівна і часто невинуватна. Поглиблюється ситуація ще й тим, що відсутність статусу керівника охорони здоров'я не дозволяє новопризначеному керівникові відмовитись від медичної діяльності через непевність у завтрашньому дні. В результаті такий керівник, працюючи у двох дуже різних за своєю суттю сферах, одночасно неминуче втрачає кваліфікацію лікувальника і, на жаль, не набуває високої професійності у менеджменті.

Отже, стає очевидним необхідність центрального забезпечення керівними кадрами системи

охорони здоров'я, в тому числі вирішення проблем їх підготовки, вдосконалення, просування по службі, матеріального забезпечення та соціальних гарантій тощо.

Основні функції кадрового менеджменту в охороні здоров'я майже збігаються з такими основними функціями управління кадрами державних установ, як *забезпечення* (оголошувати та здійснювати набір і відбір); *розподіл* (розподіляти й доручати роботу, винагороджувати, підвищувати, переводити на іншу роботу, розподіляти працю); *розвиток* (навчати, оцінювати, наставляти і зацікавлювати працівників); *санкціонування* (дисциплінувати, забезпечувати умови праці, працювати зі скаргами та проханнями); *контроль і пристосування* (планування системи штатного управління, визначення взаємостосунків між кадровими, фінансовими, контрольними та іншими органами влади та структурами, забезпечення інформаційного потоку).

Іншим важливим напрямом кадрового менеджменту є розстановка та переміщення кадрів залежно від їх підготовки, досвіду, працездатності, вміння керувати людьми, компетентності, беззастережного служіння людям тощо.

З метою найефективнішого використання здібностей керівника під час призначення на посаду обов'язково слід враховувати тип його службового мислення. Розрізняють три типи такого мислення у державних службовців [2]: 1) *інноваційний*, якому характерний пошук ноу-хау, націленість на передові технології, новаторство, творчість, – генератори з яскраво виявленим актуалізованим інтересом; 2) *активно-творчий* з найбільш характерним традиційним мисленням, впевненістю в собі, високою самовіддачею, активною державною поведінкою, чіткою громадянською позицією, прагненням домогтися цілей, поставленими перед ними як перед керівниками, законними засобами, "витягуванням з себе жил", найчастіше це "тяглові конячки" системи; 3) *пасивно-виконавчий*, для якого характерне пасивне, відстале мислення. Свої обов'язки такі службовці виконують у межах посадової інструкції, не проявляючи ініціативи, за правилом "ініціатива карається". Вони бездумно виконують накази, розпорядження, постанови за принципом "керівництву видніше", "що накажете?". Це типові "служаки", багато з яких педанти, чудові виконавці, і практика показує, що таких службовців досить багато. В окремих випадках до них не можна ставитися негативно.

Проблема кадрового забезпечення охорони здоров'я – багатогранна і різнопланова. Відсутність прозорості в системі управління охороною здоров'я є чи не основною її вадою, що неминуче призведе до таких самих негативних наслідків як у галузі, так і в державі в цілому: непрофесіоналізму

керівників, хабарництву, корупції, клановості, відсутності чітких критеріїв щодо просування по службі. Забезпечення гласності може здійснюватися через відкриту роботу конкурсних комісій, діяльність яких теж потребує докорінної реформи. З метою запобігання таким негативним явищам під час підготовки керівників слід виховувати правильну мотивацію, а в разі призначення – враховувати орієнтацію на роботу, кар'єру чи матеріальну вигоду.

Гарантом ефективної діяльності охорони здоров'я в Україні є підготовка управлінських кадрів нової генерації на основі науково обгрунтованих сучасних навчальних програм з урахуванням міжнародного досвіду. Час керівників-виконавців скінчився, і в умовах зміни соціально-економічного устрою держави необхідні керівники, фундаментально підготовлені з питань сучасного управління, економіки і фінансів, медичного інформаційного забезпечення, епідеміології та профілактичної медицини, тобто на часі потреба у професійних кадрах.

Стрімкі зміни зовнішнього середовища вимагають сьогодні від керівника системи охорони здоров'я надбання класичних і кардинально нових функцій, які становлять невід'ємну частину управлінської діяльності, з метою досягнення головної мети. Сьогоднішньому керівникові необхідні нові навички, що дадуть йому змогу формулювати і реалізовувати стратегію діяльності організації, спрямовану на досягнення мети, підтримувати і поліпшувати якість, забезпечувати організацію ресурсами, розвивати бази даних про основні напрями діяльності (якість обслуговування пацієнтів), аналізувати пройдений шлях, складати проекти, що стануть вирішальними у майбутньому, ефективно адаптуватися до змін навколишнього середовища і упереджувати їх негативні наслідки, покращувати комунікації в межах організації, налагоджувати зв'язки з громадськістю, забезпечувати органічну інтеграцію з державною політикою, знати і вміти раціонально використовувати законодавчі акти, що стосуються діяльності організації, забезпечувати визнання та призначати винагороди, вміти управляти багатоплановими процесами, доходити згоди та знаходити компроміси, передбачати перспективи, створювати імідж своєї організації, розуміти соціальні потреби людини, що є основою вміння керувати людьми, надихати на активну роботу, врівноважувати протилежно направлений тиск, розуміти значення і роль діяльності організації у народногосподарському комплексі країни, забезпечувати "ідеальний стан" організації у майбутньому через досягнення конкретизованих цілей.

Принцип професіоналізму керівників є провідним в організації та функціонуванні будь-якої ор-

ганізації, в тому числі і системи охорони здоров'я. Професійний розвиток управлінських кадрів характеризується певною часовою і рівневою структурованістю. Розрізняють кілька типів розвитку професіоналізму керівників кадрових служб, які цілком придатні для використання під час підготовки управлінських кадрів у системі охорони здоров'я [7]: 1) *професійно-кваліфікаційний*, пов'язаний з підготовкою, перепідготовкою і підвищенням кваліфікації, набуттям нових умінь, навичок і досвіду; 2) *професійно-посадовий*, здебільшого пов'язаний з раціональним доббором і розстановкою кадрів на основі використання здібностей та особистих можливостей кожного працівника, оптимального використання в межах колективу працівників різного фаху, досвіду, віку, розумових та особистих якостей; 3) *операційної сфери професійної діяльності* – технологічного забезпечення професіоналізму, усвідомлення його властивостей та ознак, професійної діяльності на високому рівні показників і стандартів, особистого творчого внеску у професійне середовище, відповідності результатів своєї праці інтересам суспільства; 4) *мотиваційної сфери* – мотивації досягнення високих результатів своєї праці, намагання розвивати себе як професіонала духовної орієнтації (намагання проникнути в сучасні гуманістичні орієнтації), саморозвитку професійними засобами тощо.

Професіоналізм керівника можна охарактеризувати такими загальними ознаками, що відіграють функціональну роль у його діяльності і без яких він не може обійтись як посадова особа:

- компетентність керівника – знання справи, наявність необхідної професійної освіти, навичок у роботі, вивчення і засвоєння передового досвіду, систематичне підвищення кваліфікації;

- організаторські здібності – вміння налагоджувати роботу колективу, встановлювати зовнішні та внутрішні контакти, забезпечувати організацію ресурсами тощо;

- систематичне якісне виконання різних операцій, ухвалення рішень, забезпечення стабільності службових відносин, службової діяльності, відчуття користі та якості виконаної роботи;

- самостійність та ініціатива, відчуття нового, що сприяють знаходженню альтернативних шляхів вирішення проблем організації, освоєння та використання нових технологій, що є необхідним для адаптації організації до роботи в змінених чи нових умовах середовища;

- політична нейтральність при виконанні службових обов'язків;

- лояльність, дотримуватися закону, службового обов'язку, бути коректним, уважним та чуйним до людей;

- відповідальність (дисциплінарна, адміністра-

тивна або кримінальна, матеріальна) за невиконання чи неналежне виконання службових обов'язків, за якість рішень, що ухвалюються чи готуються;

- забезпечення виконання чинного законодавства, що є необхідною умовою будь-якої управлінської діяльності.

Прообразом професіограми керівника системи охорони здоров'я в державі на сьогодні є кваліфікаційна характеристика лікаря-спеціаліста з організації та управління охороною здоров'я, затверджена МОЗ України в 1993 р. і складена на основі аналогічної характеристики (1989 р.) колишнього Радянського Союзу (табл.).

Зміни загальних знань, що відбулися у кваліфікаційній характеристиці лікаря-спеціаліста з організації та управління охороною здоров'я з урахуванням потреб сьогодення

Знання за кваліфікаційною характеристикою 1989 р.	Знання, спільні для обох характеристик	Знання за кваліфікаційною характеристикою 1993 р.	Знання, зумовлені сьогоденням
	Основи законодавства з охорони здоров'я та інші нормативні документи, що визначають діяльність медичних установ, основи права, охорони здоров'я		
	Теоретичні основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я		Менеджмент охорони здоров'я Маркетинг охорони здоров'я Основи психології
	Система управління охороною здоров'я		Теорія системного аналізу
Основи госпрозрахунку		Основи бюджетно-страхової медицини	Теоретичні засади страхування
	Організація фінансово-економічної діяльності медичних установ		Основи фінансового права Методи економічного аналізу
	Організація роботи з кадрами		Кадровий менеджмент
	Організація системи обліку та звіту медичних установ, у тому числі з використанням комп'ютерної техніки		Діловодство
		Основи наукової медичної інформації та медичної інформатики	Основи інформатики Інформаційні системи Офісне обладнання
	Показники здоров'я населення		Медична статистика
	Організація медичної допомоги міському населенню, сільському населенню, матерям і дітям, робітникам промислових підприємств		Організація медико-санітарної допомоги
	Основи комплексної профілактики		Організація профілактичної роботи
Організація експертизи працездатності в ЛПЗ	Основи соціальної та медичної реабілітації		
Організація санітарної освіти, гігієнічного виховання населення і пропаганди здорового способу життя	Організаційні основи санітарно-епідеміологічної служби		Організація санітарно-освітньої діяльності як захід профілактичної медицини
НОТ в ЛПЗ	Охорона праці та техніка безпеки в медичних установах		
Показники роботи в ЛПЗ	Організація охорони здоров'я в зарубіжних країнах		
	Діяльність ВООЗ		

Отже, підсумовуючи наведене вище, можна зробити **висновки**, що:

1) економічні, політичні та соціальні сили вивели систему охорони здоров'я з рамок медико-санітарної допомоги в нове русло діяльності – забезпечення добробуту населення, що визначає нові функції керівника галузі – забезпечення, підтримання та зміцнення здоров'я населення;

2) відсутність прозорості в системі управління охороною здоров'я України є багатогранною і різноплановою проблемою системи кадрового її забезпечення;

3) скінчився час керівників-виконавців, а умови нового соціально-економічного устрою держави потребують керівників, фундаментально підготовлених з питань сучасного управління, економіки і фінансування, медичного інформаційного забезпечення, епідеміології та профілактичної ме-

дицини, тобто на часі потреба у професійних кадрах;

4) потрібні напрацювання нормативних актів щодо врегулювання відносин між суб'єктом та об'єктом управлінської діяльності в системі охорони здоров'я, оцінки діяльності керівних кадрів, захисту їх прав і свобод, розкриття їх здібностей, професійного зростання, що, в свою чергу, зумовить потребу центрального забезпечення керівними кадрами галузі, в тому числі вирішення проблем їх підготовки, вдосконалення, просування по службі, матеріального забезпечення, соціальної гарантії тощо;

5) професійний відбір у системі управління охороною здоров'я треба розглядати як комплекс психолого-педагогічних засобів, спрямованих на забезпечення даної сфери високопрофесійними і кваліфікованими управлінськими кадрами.

Список літератури

1. *Грейсон Дж., О'Делл К.* Американский менеджмент на пороге XXI века: Пер. с англ. – М.: Экономика, 1991. – 319с.
2. *Гринецька Н.* Оптимізація підготовки і формування управлінських кадрів державної служби // Реформування державної служби в Україні: стан, проблеми та перспективи: Зб. наук. праць Укр. академії державного управління при Президентові України. – К., 1998. – Вип.1.–С. 136 – 143.
3. *Котлер Ф.* Основы маркетинга: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1990. – 736с.
4. *Мескон М.Х., Альберт А., Хедоури Ф.* Основы менеджмента: Пер. с англ. – М.: Дело, 1992. – 572 с.
5. *Нижник Н.* Проблеми управління охороною здоров'я в Україні // Укр. мед. вісті. – 1997. – Т.1. – №2–3 (57–58). – С. 40–41.
6. *Про державну комісію з проведення в Україні адміністративної реформи: Указ Президента України № 620/97 від 07.07.97 // Урядовий кур'єр. – 1997. – 10 лип.*
7. *Рачинський А.* Професіоналізм як основа діяльності державних службовців // Вісн. Укр. академії державного управління при Президентові України. – 1999. – №2. – С. 23–30.
8. *Шортел С.М., Калюжний А.Д.* Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організацій охорони здоров'я: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 556 с.

К ВОПРОСУ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

О.Н.Литвинова (Тернополь)

Освещены существенные различия в деятельности организаций здравоохранения и других типов организаций, новые экономические, политические и социальные силы, которые вывели систему здравоохранения за рамки привычной схемы ее деятельности – лечения больных, ориентируют ее на решение принципиально новых проблем.

Обоснованы новые функции руководителя в предстоящих условиях существования организаций системы здравоохранения в мире и в Украине, в частности, необходимость подготовки руководителей нового типа для системы здравоохранения. Предложен алгоритм подготовки таких руководителей. Определены общие требования к личности руководителя по организации и управлению здравоохранением, сделан акцент на необходимости его профессионального отбора.

ON INFORMATION TRAINING OF THE MANAGERIAL STAFF IN THE PHS OF UKRAINE

O.N. Litvinova (Ternopil)

The important differences in the activity of medical and other institutions have been shown. New political, social and economic trends in the PHS those aiming at the decision of the nowadays actual questions have been adduced. The paradigm of new managerial functions in PHS are grounded. An algorithm to prepare new PHS incumbents has been realized and special requirements for the managerial staff in the PHS have been substantiated.

УДК 314.4:616.11/.14

Л.А.ЧЕПЕЛЕВСЬКА, Н.О.РИНГАЧ, О.О.ЧЕРНОБРИВЕНКО (Київ)

РОЗРАХУНКИ КІЛЬКОСТІ ВТРАЧЕНИХ ЛЮДИНО-РОКІВ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК СМЕРТНОСТІ ВІД ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Український інститут громадського здоров'я

Визначення пріоритетних проблем охорони здоров'я є дуже важливим навіть у найблагополучнішому суспільстві, а в нашій країні, де кошти, що виділяються на потреби охорони здоров'я, значно обмежені, це вкрай актуально. При цьому насамперед потрібно встановити, які саме захворювання наносять найбільші збитки суспільству. Соціально-економічна значущість окремих хвороб визначається не тільки тим, яке місце серед причин смерті вони посідають, але й тим, яким чином вони впливають на розміри неоправданих втрат населення, відповідно, й на величину економічних збитків [1]. Зрозуміло, що особливу увагу органів охорони здоров'я потрібно привертати до тих хвороб, що зумовлюють максимальні втрати, з одного боку, та в значній мірі можуть бути усунені силами сучасної медицини – з другого. Хвороби системи кровообігу є основною причиною смертності всього населення та другою за значущістю – його працездатної частини.

У дослідженні оцінювалися втрати життєвого потенціалу внаслідок смертності у працездатному віці від хвороб системи кровообігу з використанням методів потенційної демографії. Основним показником потенційної демографії є життєвий потенціал, тобто кількість років життя, що в середньому має представник певної вікової групи за умови збереження рівня смертності, що існує на момент дослідження. Життєвий потенціал групи населення визначається кількістю народжених і померлих, структурою померлих за віком, динамікою очікуваної тривалості життя, постарінням та міграцією. Вивчався показник, що характеризує розміри втрат життєвого потенціалу у зв'язку зі смертністю, – втрати людино-років через смерть від певного захворювання чи класу причин смерті [4]. Життєвий потенціал розраховувався не на весь період життя (повний потенціал), а на певний його відтинок (частковий

потенціал) для населення працездатного віку. На основі даних Держкомстату про кількість померлих від хвороб системи кровообігу в різних вікових групах були розраховані розміри втрат життєвого потенціалу внаслідок смертності в інтервалі працездатності.

Визначення втрат життєвого потенціалу населення працездатного віку проводилось з урахуванням ймовірності доживання особи до верхньої межі працездатного віку [2]. Алгоритм розрахунку втрат життєвого потенціалу населення України у 1997 р. за цим методом використовувався під час обчислення кількості недожитих людино-років працездатного віку за ймовірності доживання чоловіками до 60, жінками – до 55 років.

Обчислення втрат життєвого потенціалу працездатного населення здійснювалося для чоловіків за формулою

$$\Sigma \text{люд. - років} = \Sigma [(60 - X_{15-19}) \cdot n_1 \cdot P_1 + \dots + (60 - X_{55-59}) \cdot n_9 \cdot P_9]$$

де X_{15-19} ; X_{55-59} – середній вік настання смерті в кожній віковій групі; n_1 ; n_9 – кількість померлих у відповідних вікових групах; P_1 ; P_9 – показники ймовірності доживання до 60 років осіб, померлих у кожній віковій групі з урахуванням середнього віку настання смерті.

Для жінок втрати життєвого потенціалу обчислювались за такою формулою

$$\Sigma \text{люд. - років} = \Sigma [(55 - X_{15-19}) \cdot n_1 \cdot P_1 + \dots + (55 - X_{50-54}) \cdot n_8 \cdot P_8]$$

де X_{15-19} ; X_{50-54} – середній вік настання смерті в кожній віковій групі; n_1 ; n_8 – кількість померлих у відповідних вікових групах; P_1 ; P_8 – показники ймовірності доживання до 55 років особами, померлими в кожній віковій групі з урахуванням середнього віку настання смерті.

Показник ймовірності доживання до 55–60 років розраховувався за стандартними таблицями смертності за 1997 р.

Перше місце в структурі втрат життєвого потенціалу як для всього населення працездатного віку, так і для осіб обох статей окремо посідають нещасні випадки, отруєння і травми. Друге місце серед чоловіків займає клас ХСК, жінок – новоутворення. Наступне місце за значущістю (рис. 1, 2) серед чоловіків посідає клас новоутворень, а серед жінок – клас хвороб системи кровообігу.

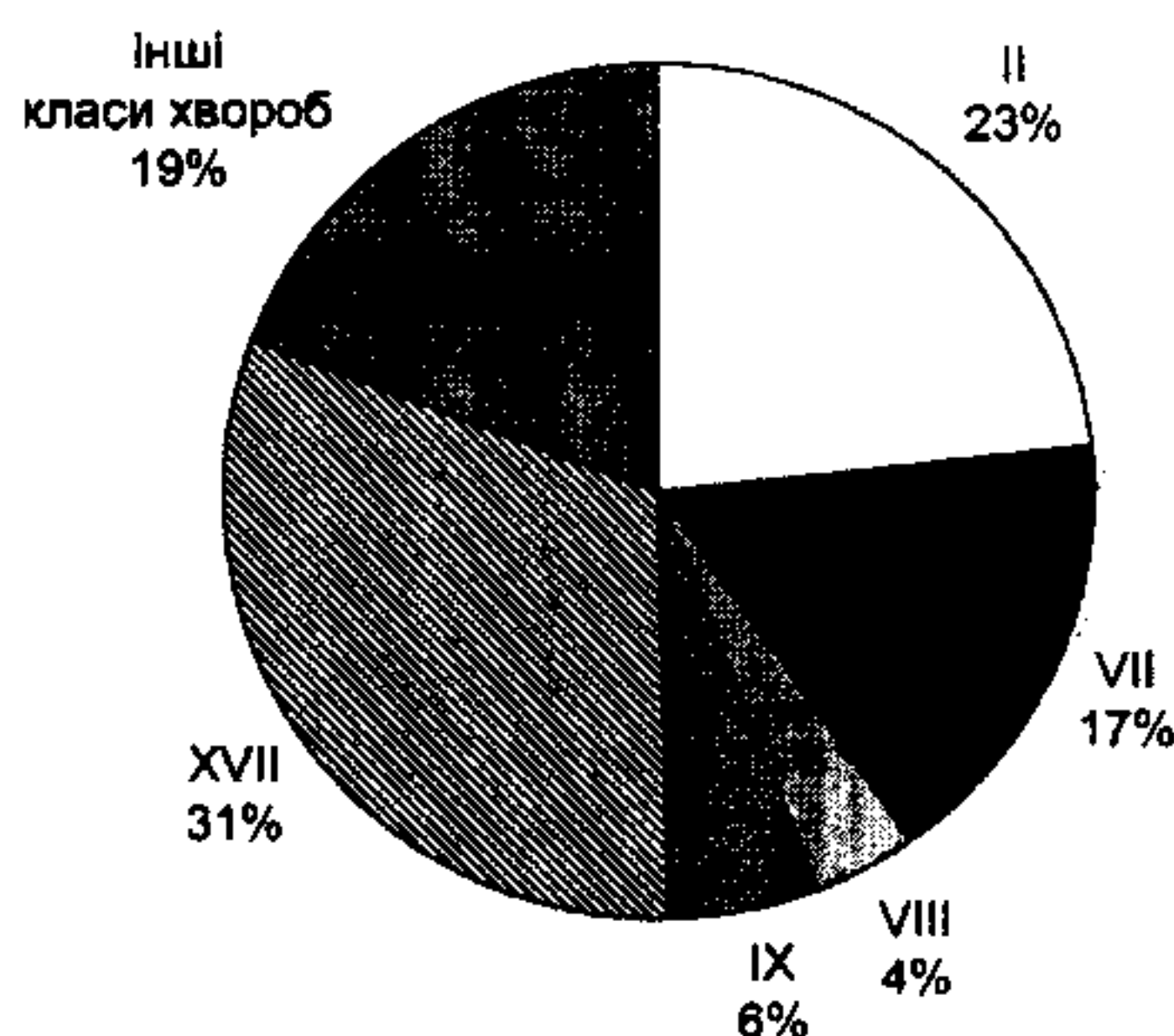


Рис. 1. Структура втрат життєвого потенціалу жінок працездатного віку в 1997 р. внаслідок смертності від основних причин: II – новоутворення; VII – хвороби системи кровообігу; VIII – хвороби органів дихання; IX – хвороби органів травлення; XVII – нещасні випадки, отруєння і травми.

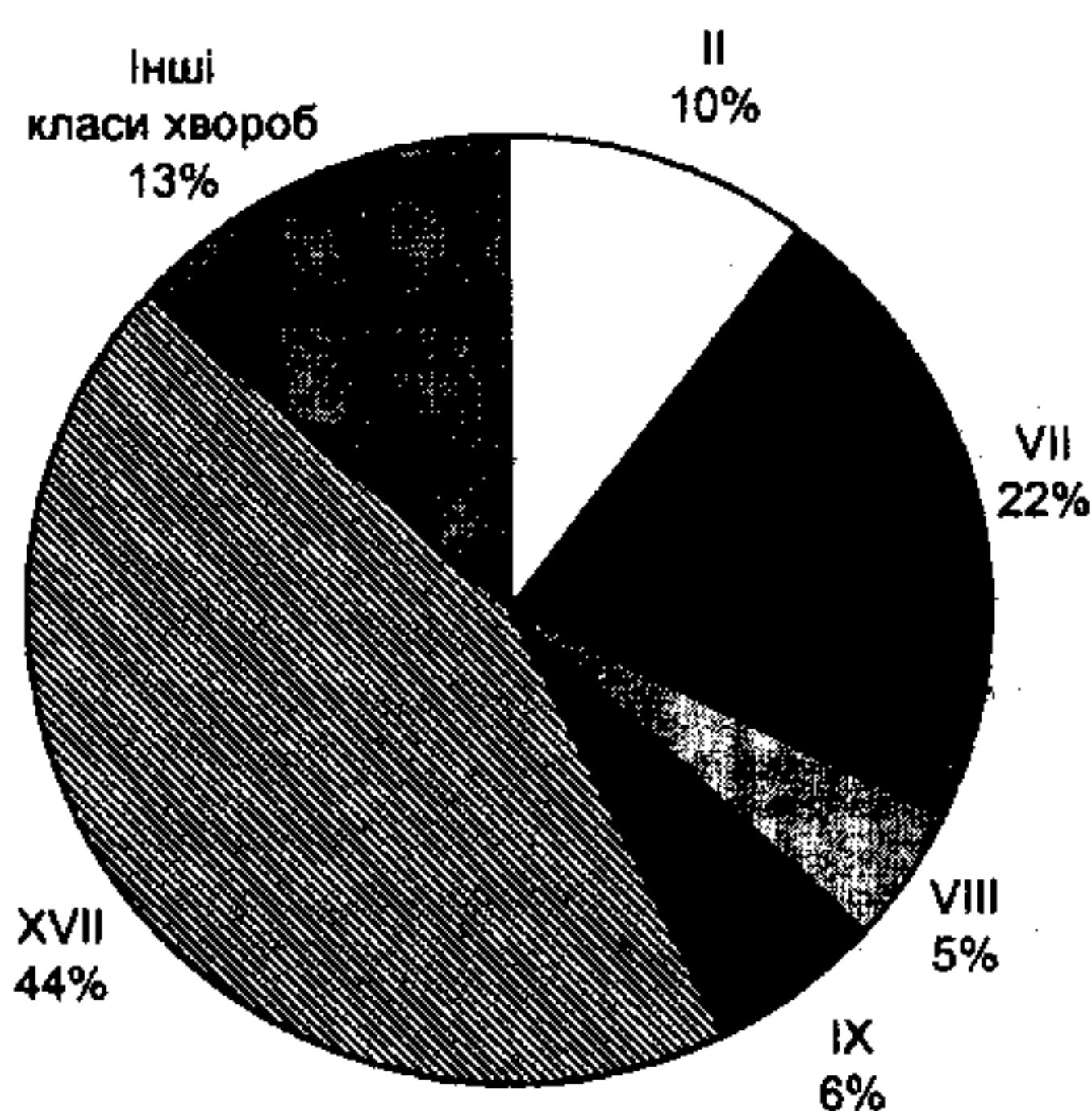


Рис. 2. Структура втрат життєвого потенціалу чоловіків працездатного віку в 1997 р. внаслідок смертності від основних причин: II – новоутворення; VII – хвороби системи кровообігу; VIII – хвороби органів дихання; IX – хвороби органів травлення; XVII – нещасні випадки, отруєння і травми.

Як видно з рисунків, втрати життєвого потенціалу населення працездатного віку, зумовлені смертністю від класу хвороб системи кровообігу, становили у 1997р. 17% усіх втрат у жінок і 22% - у чоловіків. Більша частка втрат потенціальних років життя від травм, отруєнь і нещасних випадків пояснюється, по-перше, децю вищим рівнем смертності від цих причин у осіб працездатного віку, по-друге, більш молодим середнім віком настання смерті. Смерть від зовнішніх причин, як правило, настає у молодшому віці, ніж від серцево-судинних хвороб.

Подібна структура втрат життєвого потенціалу визначена й російськими дослідниками. Приміром, за розрахунками втрат трудового потенціалу в Росії у 1994 р. перше місце посіли зовнішні причини смерті, друге – серцево-судинні захворювання [3].

Ранги значущості основних причин смерті у жінок за рівнем смертності та кількістю втрат людино-років внаслідок смертності від цих причин відрізняються: на першому місці за смертністю стоять новоутворення, на другому – ХСК, на третьому – зовнішні причини (нагадаємо, що за кількістю втрат життєвого потенціалу вони домінували). Хоча у чоловіків ранги значущості за обома показниками збігаються, проте за кількістю смертей від травм, отруєнь, нещасних випадків і ХСК незначно відрізняються (187,1 та 178,9 на 100 000 відповідного населення), а кількість втрат людино-років внаслідок смертності від зовнішніх причин у 4,4 раза більша, ніж від ХСК. У жінок також спостерігалась не дуже велика різниця між рівнями смертності від ХСК і травм, отруєнь і нещасних випадків (57,2 та 54,8 на 100 000 відповідного населення), зате втрати в людино-роках, зумовлені неприродними чинниками, у 1,8 раза вищі, ніж від ХСК.

Втрати життєвого потенціалу населення працездатного віку України в людино-роках, зумовлені смертністю від хвороб системи кровообігу, більші в міських поселеннях порівняно з сільськими. Так, розміри втрат міських чоловіків більші вдвічі порівняно із сільськими (табл. 1).

Аналіз даних свідчить про надзвичайно великі втрати життєвого потенціалу чоловіків працездатного віку внаслідок смертності від усіх причин у 1997 р., які в 4,2 раза (в містах – в 3,9 раза, селах – в 4,6) перевищували аналогічні втрати життєвого потенціалу жінок. Втрати життєвого потенціалу чоловіків, спричинені хворобами системи кровообігу, як для всього населення, так і міського та сільського, зокрема, перевищували такі самі втрати у жінок у 4,6 раза.

Для вивчення значущості окремих нозологічних форм хвороб системи кровообігу у формуванні

Таблиця 1. Втрати життєвого потенціалу населення працездатного віку в 1997 р. залежно від причини смерті, місця проживання і статі

Причина смерті	Втрати життєвого потенціалу населення, людино-років (%)					
	усього		міського		сільського	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Усі причини	1291,3 (100)	364,9 (100)	880,5 (100)	257,8 (100)	410,7 (100)	107 (100)
Нещасні випадки, травми, отруєння	566,8 (43,9)	113,5 (31,1)	383,8 (43,6)	82,7 (32,1)	183 (44,6)	30,8 (28,8)
Хвороби системи кровообігу	285,4 (22,1)	61,9 (17)	197,8 (22,5)	42,7 (16,6)	87,6 (21,3)	19,2 (17,9)
Новоутворення	131,8 (10,2)	85,6 (23,7)	86 (9,8)	60,9 (23,6)	45,8 (11,1)	34,6 (32,3)
Хвороби органів дихання	59 (4,6)	13,9 (3,8)	39,2 (4,4)	10 (3,9)	19,8 (4,8)	3,9 (3,6)
Хвороби органів травлення	74,8 (5,8)	19,9 (5,5)	54,6 (6,2)	14,9 (5,8)	20,3 (4,9)	5,1 (4,8)

втрат життєвого потенціалу розраховувалися розміри втрат від цих форм в інтервалі працездатності (табл. 2, 3). Розрахунки проводилися окремо для чоловіків і жінок за такими основними нозологічними формами: ішемічна хвороба серця (ІХС), цереброваскулярні хвороби (ЦВХ), гіпертонічна хвороба (ГХ). Найбільшу частку втрат від хвороб системи кровообігу обох статей зумовлювали різні форми ІХС, які становили 54,2% у чоловіків і 37% – у жінок. Проте абсолютна кількість втрачених людино-років в інтервалі працездатності внаслідок смертності від ІХС у чоловіків була в 6,8 раза більшою (від усіх ХСК – в 4,6 раза), ніж у жінок. Найвагоміші втрати від ІХС

як у чоловіків, так і в жінок, спостерігалися у вікових групах 40–44 та 45–49 років.

Наступну за величиною частку втрат життєвого потенціалу зумовлювали цереброваскулярні хвороби – 57,7 тис. людино-років у чоловіків і 19,3 тис. людино-років у жінок. Найбільші втрати людино-років, спричинені цією патологією, у чоловіків спостерігались у віці 45–49 років, у жінок – 40–49 років. При цьому слід відмітити більшу значущість у формуванні втрат життєвого потенціалу у жінок цереброваскулярних хвороб, які спричинювали майже таку саму частку втрачених людино-років (31,2%), як і ІХС

Таблиця 2. Втрати життєвого потенціалу чоловіків працездатного віку внаслідок смертності від окремих нозологічних форм класу ХСК

Вікова група, років	Кількість недожитих людино-років			
	Всього	В тому числі від		
		ГХ	ЦВХ	ІХС
15-19	3149,1	106,7	560,4	747,2
20-24	6160,5	142,2	876,7	2227,3
25-29	10085,8	707	1434,9	3930,3
30-34	20966,3	1252,3	3381,1	9982,2
35-39	38630,3	3524,1	6463,4	20 020
40-44	57 614	6799,8	10 587,3	32 842,4
45-49	62 072,2	9110,2	13 699,9	36 320,2
50-54	41 649,1	6607,4	10 115,4	24 463,3
55-59	40 437,7	6318,2	10 601,8	25 808,9
Всього в працездатному віці	286 764,9	34 568,04	57 720,94	155 541,8

Таблиця 3. Втрати життєвого потенціалу жінок працездатного віку у 1997 р. внаслідок смертності від окремих нозологічних форм класу ХСК

Вікова група, років	Кількість недожитих людино-років			
	Всього	В тому числі від		
		ГХ	ЦВХ	ІХС
15-19	1394,3	68	238,1	272,1
20-24	2896,2	266	738,8	561,5
25-29	4066,3	125,5	1079,3	878,5
30-34	6253,8	557,3	1424,1	2291
35-39	9421,2	1519	2585,6	3506,7
40-44	13 805,4	2551,4	4229	5615,4
45-49	16 527,8	4275,5	6182,9	6494,8
50-54	7512	2007,9	2858,4	3249,8
Всього в працездатному віці	61 876,8	11 370,5	19 336,1	22 869,7

(37%). У чоловіків ця частка була в 2,6 раза менша (20,1%), ніж від ІХС (54,2%).

Гіпертонічна хвороба зумовлювала 12,1% втрат життєвого потенціалу від ХСК у чоловіків. Приблизно таку саму частку складали всі інші хвороби системи кровообігу. У жінок гіпертонічна хвороба спричинювала 18,4% усіх втрат життєвого потенціалу в інтервалі працездатності, інші серцево-судинні хвороби – 13,4%.

Структуру втрат життєвого потенціалу внаслідок серцево-судинної патології у чоловіків та жінок працездатного віку представлено на рис.3.

Отже, розрахунки втрат життєвого потенціалу населення України працездатного віку в 1997 р. показали, що хвороби системи кровообігу є найважливішою причиною втрат людино-років. Найвагомішу частку складають такі нозологічні форми, як ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні

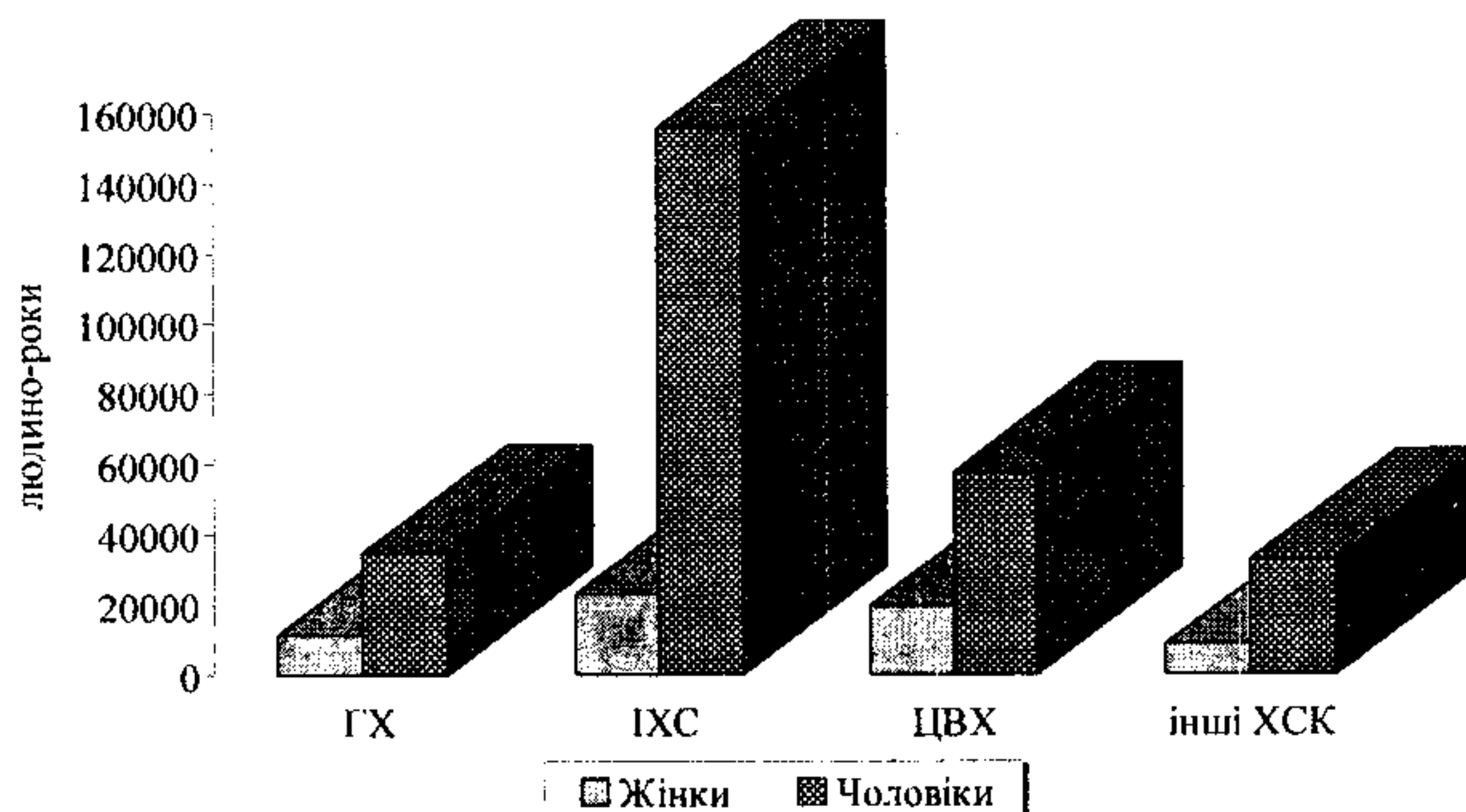


Рис.3. Структура втрат життєвого потенціалу населення України працездатного віку в 1997 р. від окремих ХСК.

хвороби, котрі разом становлять 73,3 % втрат внаслідок смертності від хвороб системи кровообігу. Це повинно привернути увагу медичної громадськості до оздоровлення способу життя населення України, зменшення інтенсивності впливу чинників ризику хвороб системи кровообігу, з одного боку,

вдосконалення методів діагностики, забезпечення своєчасності виявлення та здійснення адекватного лікування хворих, з другого, адже зниження рівня смертності населення працездатного віку від ХСК - один із реальних шляхів зменшення втрат життєвого потенціалу населення країни.

Список літератури

1. Двойрин В.В., Погорелова Э.И. Социально-экономический ущерб, обусловленный смертностью населения // Здравоохранение Рос. Федерации.-1994.- № 4.-С. 29-31.
2. Евдаков В.А. Алгоритм расчета социально-экономического ущерба в связи с преждевременной смертностью // Бюл. ВКНЦ АМН СССР.-1984.- №2.-С. 78-82.
3. Ермаков С.П. Тенденции и приоритетные проблемы здоровья населения России // Врач.-1996.- № 5.-С. 42-44.
4. Фильрозе Э. Очерки потенциальной демографии.-М: Статистика, 1975.-216 с.

РАСЧЕТЫ КОЛИЧЕСТВА ПОТЕРЬ ЧЕЛОВЕКО-ЛЕТ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Л.А.Чепелевская, Н.А.Рынгач, А.А.Чернобривенко (Киев)

Рассчитаны размеры потерь жизненного потенциала населения Украины трудоспособного возраста вследствие смертности от болезней системы кровообращения в целом и от их отдельных нозологических форм. Выявлено, что потери, обусловленные смертностью от болезней системы кровообращения, составляли в 1997 г. пятую часть всех потерь вследствие смертности (17% у женщин и 22% у мужчин). Потери жизненного потенциала мужчин, как для всего населения, так и для городского и сельского в отдельности, превышают таковые потери для женщин в 4,6 раза. Наибольшую долю потерь от болезней системы кровообращения для обоих полов обуславливают различные формы ИБС (54,2% у мужчин, 37% – у женщин) и ЦВЗ (20,6% у мужчин, 31,2% – у женщин). Наиболее весомые потери жизненного потенциала от ИБС у мужчин и женщин наблюдаются в возрастных группах 40–44 и 45–49 лет, от ЦВЗ – в возрасте 45–49 и 40–49 лет соответственно.

CALCULATIONS OF MAN-YEARS LOSS QUALITY IN WORKING-ABLE POPULATION AS THE RESULT OF CIRCULATORY DISEASE MORTALITY

L.A.Chepelevska, N.O.Rinhach, O.O.Chornobrivenko (Kyiv)

The size of vital potential losses in working able population in Ukraine, these from the blood disease morbidity in general and from their nosologic forms were determined. The losses from the blood disease morbidity form 17% of all morbidity causes among women and 22% of these among men. The losses of men's vital potential as for all population as for urban and rural ones separately decrease similar losses among women in 4,6 times. The most part of losses from blood system diseases for both sexes is due to various form of ischemic disease (54,2% among men and 37% among women) and of brain circulatory disorders (20,6% among men and 31,2% among women). The most significant losses of vital potential from ischemic disease among men and women are observed among age groups of 40–44 and 45–49 and the same losses from brain circulatory disorders are observed among men of 45–49 and among women of 40–49.

УДК 314.4 (477,52)

С. Ю. АКСЬОНОВА, Н. Ю. ПАВЕЛКО

ВТРАЧЕНІ ПОТЕНЦІЙНІ РОКИ ЖИТТЯ ЯК ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Сумський обласний центр медичної статистики та аналізу "МЕДСТАТ"

Подолання економічної кризи навряд чи є справою найближчого майбутнього. Тому й прогнози демографічних процесів, які тісно пов'язані з усіма подіями, що відбуваються у суспільстві, звучать зовсім не оптимістично (наприклад, очікується, що населення України до 2026 року зменшиться до 42 млн. чоловік) [1]. У зв'язку з цим ще більшої актуальності набуває завдання подовження життя населення, що неможливо вирішити без всебічного вивчення смертності.

Зважаючи на неминучість смерті, стає доцільною пропозиція використовувати показники, що відображають випадки передчасної смерті. Зокрема, запропоновано обчислювати передчасну смертність за допомогою такого показника, як втрачені потенційні роки життя [2]. Методика його розрахунку нескладна: спочатку встановлюють вік, до якого можна запобігти смерті, якою б не була її причина, потім кількість випадків смерті, що настала до цієї вікової межі, порівнюють відповідно з кількістю втрачених потенційних років життя.

Розрахунки втрачених потенційних років життя проводилися за даними поточного обліку природного руху населення в Сумській області для всієї сукупності померлих (далі – загальна кількість втрачених потенційних років життя) і в середньому на одного померлого (далі – середній втрачений потенційний період життя). Їх результати показали, що при верхній віковій межі 60 років загальна кількість втрачених потенційних років життя від усіх причин смерті, що були зареєстровані в області в 1997 р., у чоловіків становила 73,4% кількості втрачених років для обох статей. Слід зазначити, що серед усіх випадків смерті в цей період частка чоловіків досягала 74,1%. У середньому на одного померлого чоловічої статі припадало 14,7 втрачених потенційних років життя, а кожна померла жінка в 1997 р. у середньому не дожила до 60 років 15,1 року.

Отже, чоловіки порівняно з жінками за загальною кількістю втрачених потенційних років життя мали істотну і досить зрозумілу перевагу, але за середньою тривалістю недожитого до 60 років періоду незначно поступалися жінкам. Останній

факт пояснюється саме структурою вікової смертності до 60 років: у перших чотирьох вікових п'ятирічних групах частка жінок серед померлих до 60 років осіб жіночої статі була більшою, ніж у чоловіків. Особливо великою різниця була у віці 0-4 роки (2,5 раза), коли найбільше втрачається потенційних років життя (при верхній віковій межі 60 років – у середньому 57,5 року) (табл. 1).

Наведена особливість зберігається також у разі дослідження втрачених потенційних років життя померлих від конкретних причин (у дослідженні ми обмежилися лише чотирма причинами смерті). Винятком стала смертність від хвороб системи кровообігу, за якою втрачені потенційні роки життя у чоловіків за загальною і середньою кількістю на одного чоловіка перевищували аналогічні показники у жінок. Щоправда, кількісно співвідношення у кожному разі були різними. Так, якщо загальна кількість втрачених потенційних років життя чоловіків була більшою, ніж жіноча в 3,4 раза, то за середнім втраченим потенційним періодом життя перевищення становило 1,4 раза (за кількістю смертей у цій групі перевага чоловіків була в 2,5 раза).

Звертаємо увагу на те, що верхня вікова межа, до якої начебто можливо запобігти смерті, була встановлена довільно, і якби ми вибрали не 60 років, а, наприклад, 80, то описані характеристики втрачених потенційних років життя для чоловіків і жінок навряд чи збереглися б, оскільки у вікових групах старіше 70 років кількість смертей у жінок від хвороб системи кровообігу в 1,5-3 рази перевищувала чоловічу. Зважаючи на демографічну ситуацію сьогодення, ми вважаємо, що 60 років є найбільш доцільною верхньою межею для обчислення втраченого життєвого потенціалу. Саме до 60 років найбільш реально запобігти таким втратам (як один із варіантів установлення верхньої вікової межі для розрахунків втрат потенційних років життя можна використовувати модальний вік смертей дорослих, що померли від усіх причин).

Чоловіки, які померли внаслідок нещасних випадків, злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання, мали більшу кількість втрачених потен-

Таблиця 1. Структура смертності населення Сумської області віком до 60 років у 1997 р.

Вікова група, років	Смертність, %									
	Усі причини смерті, %		Хвороби системи кровообігу		Нещасні випадки, вбивства, самогубство		Новоутворення		Хвороби органів дихання	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
0-4	2,68	6,68	0,36	0,45	0,82	5	0,32	0,52	7,21	22,03
5-9	0,45	1,23	-	-	0,82	2	0,16	0,52	-	1,69
10-14	0,48	0,82	0,09	-	0,48	2	0,63	0,26	0,96	1,69
15-19	1,79	2,11	0,18	0,22	3,47	5,67	1,42	1,04	0,96	1,69
20-24	3,2	3	0,54	0,67	7,43	6,67	1,11	2,09	-	1,69
25-29	3,52	2,38	0,72	0,22	7,36	4,67	0,79	2,35	0,96	3,39
30-34	5,17	3,2	2,26	0,89	8,38	4	2,21	4,96	4,81	-
35-39	9,14	5,79	5,23	2,46	14,10	8	3,95	7,05	3,85	11,86
40-44	12,58	9,13	10,74	5,82	14,71	13	8,69	8,09	9,62	6,79
45-49	16,35	13,01	17,42	9,84	15,74	13,33	16,59	17,76	16,35	13,57
50-54	13,93	14,78	18,05	19,02	10,62	11,33	17,53	17,49	14,42	8,48
55-59	30,71	37,87	44,41	60,41	16,07	24,33	46,6	37,87	40,86	27,12
0-60	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ційних років життя, ніж жінки, а за розрахунками на одну особу поступалися їм. Розходження між загальною кількістю втрачених років чоловіків і жінок могло бути незначним (питома вага втрачених років чоловіками та жінками, померлими від новоутворень, відповідно становила 57,4 і 42,6 %), середнім (66,5 і 33,5 % відповідно для чоловіків і жінок, чийе життя обірвалося через хвороби органів дихання) та великим (82,6 і 17,4 % у випадку смертності від травм, отруєнь, убивств). Ранжування розходжень між середніми значеннями втрачених потенційних років життя у чоловіків і жінок розташувало причини смерті в іншому порядку: несуттєвою була різниця у тих, хто помер від травм, отруєнь і вбивств (0,6 року), середньою – у онкологічних хворих (2,1 року) та дуже великою в разі смертності від хвороб органів дихання (10,4 року). Як уже зазначалося, різниця цілком зумовлена розбіжностями у вікових структурах допенсійної смертності чоловіків і жінок. Останнє (найбільше) розходження ще раз підтверджує цю думку, оскільки лише в перших вікових групах частка смертей жінок у структурі смертності до 60 років від хвороб органів дихання більш ніж у 3 рази була вищою за чоловічу (див. табл. 1). Перевищення спостерігалось також у жінок віком до 30 років, 35-39 років, тобто в групах, у яких смерть забирала велику кількість потенційних років життя.

Виходячи з наведеного, зрозуміло, що розташування причин смертності за середньою тривалістю втраченого періоду життя для чоловіків і жінок також буде різним. Так, у чоловіків на першому місці стояли нещасні випадки, на другому – хвороби органів дихання, потім – новоутворення

та хвороби системи кровообігу (порівняймо з послідовністю розташування цих хвороб у структурі причин смертності всіх вікових груп населення та груп віком до 60 років). У жінок за середньою тривалістю втраченого періоду життя на першому місці були хвороби органів дихання, на другому – нещасні випадки, третьому – злоякісні новоутворення та хвороби системи кровообігу, що мало суттєві розходження з тими місцями, які вони посідали за загальною смертністю та структурою смертності до 60 років (табл. 2).

Отже, для “середнього померлого” втрати потенційних років життя найбільші від хвороб органів дихання та нещасних випадків, убивств, самогубств, а потім вже від хвороб системи кровообігу, що не відповідає (і не відображує) структурі загальної смертності.

Динаміка загальної кількості втрачених потенційних років життя населення Сумської області за 1989–1997 рр. не була однозначною за будь-якою зі вказаних причин смерті. Так, кількість утрачених потенційних років життя від нещасних випадків, хвороб системи кровообігу, а у чоловіків ще й від хвороб органів дихання у 1997 р., порівняно з 1989 істотно зросла. Зміни інтенсивності смертності від злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання у жінок призвели до зниження загальної кількості втрачених потенційних років життя. Середні значення цих показників від будь-якої з чотирьох основних причин смерті мали тенденцію до зменшення. В цілому вони зменшилися за вказаний період на 9,6% у чоловіків і на 14,4% у жінок (середній вік усіх померлих змінився несуттєво: +1,4% у чоловіків, – 0,5% у жінок), тоді як за-

Таблиця 2. Залежність смертності та втрачених потенційних років життя від середньої тривалості утраченого періоду життя, причини смерті й статі

Причина смерті	Загальна смертність, %		Смертність до 60 років, %		Загальна кількість утрачених потенційних років життя, %		Середня тривалість утраченого періоду життя, років	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Хвороби системи кровообігу	47,9	68	26,5	30,4	16,4	13,4	9,1	6,7
Нещасні випадки, вбивства, самогубства	16,3	4,1	35,1	20,4	45,5	26,5	19	19,6
Злоякісні новоутворення	15,1	9,3	15,1	26,1	9,7	19,9	9,4	11,6
Хвороби органів дихання	9,9	7,4	5	4	4,5	6,3	13,3	23,7

Загальна кількість утрачених потенційних років життя збільшилася відповідно на 31,1% і 6,4%. Зростання останньої не було пропорційним зростанню загальної кількості померлих до 60 років, яка в порівнянні з 1989 р. становила у чоловіків 145,1%, у жінок – 124,3%. Більше того, зростання абсолютної кількості померлих не завжди призводило до збільшення кількості втрачених років життя, що добре ілюструє смертність від хвороб органів дихання, яка за випадковим збігом характеризувалась однаковою кількістю померлих жіночої статі в 1989 і 1997 рр., але кількість втрачених ними років життя в 1997 р. була меншою. Меншою була також величина показника з розрахунку на одну особу. Другим прикладом зворотної залежності наведених показників є те, що кількість померлих від новоутворень жінок у 1997 р. була більшою, ніж у 1989 р., а втрачених потенційних років життя меншою.

Найбільший недожитий (в середньому на одного померлого) до 60 років період у 1989р. спостерігався у жінок, які померли від хвороб органів дихання, був на 1,7 року більше, ніж у 1997р. Середній вік померлих від таких хвороб, навпаки, в 1989 р. був менший на 2,5 року, ніж у 1997 р. Значні зміни відбулися в характеристиці смертності до 60 років від нещасних випадків, убивств, самогубств, де середня тривалість утраченого періоду життя чоловіків у 1997 р. зменшилася на 2,5 року, а жінок – на 3,6 року, тоді як середній вік усіх померлих чоловіків збільши-

вся на 2,9 року, жінок лише на 0,8 року. Смертність від хвороб системи кровообігу відзначалася зниженням як середньої тривалості втраченого потенційного періоду життя, так і середнього віку померлих.

Наведені особливості спричинені структурними зрушеннями у смертності до 60 років. Зменшення частки дитячих груп серед померлих при зростанні абсолютної кількості всіх смертей та смертей до 60 років зумовило зменшення середньої тривалості втраченого потенційного періоду життя до 60 років.

Опис аналізу втрачених потенційних років життя, що ґрунтувався на вікових сукупностях померлих від певної причини смерті в реальному населенні, можна доповнити розрахунками за допомогою таблиць смертності, показника очікуваних втрат потенційних років життя за умови незмінності протягом життя покоління даного режиму відтворення. Верхньою віковою межею, до якої начебто неможлива смертність від жодної із причин, також вибираємо 60 років. Тому в усіх групах до цього віку приймаємо коефіцієнти смертності рівними нулю, але для збереження загальної кількості смертей, зареєстрованих в матеріалах поточного руху населення Сумської області, розподілимо вилучену частину між останніми віковими групами, які брались до уваги під час побудови таблиці смертності.

Таким чином, до 60 років сукупність тих, які живуть за моделями, залишалась однаковою, а

* Очікувані втрати потенційних років життя при збереженні коефіцієнтів смертності, мають інший зміст, ніж втрачені потенційні роки життя реального населення чи втрачені потенційні роки життя стаціонарного населення. Перший показник виступає характеристикою населення і показує, яку слід очікувати середню тривалість періоду, що не буде прожитим до 60 років населенням при заданих параметрах смертності, другий стосується сукупностей померлих, що були зафіксовані в реальному населенні та відповідають ситуації, яка склалася на час дослідження, третій пов'язаний із сукупностями померлих, які визначилися під час побудови таблиць смертності.

після 60 років скорочувалась швидше, ніж у таблицях смертності без вилучення смертей.

Середня тривалість очікуваного життя чоловіків за таблицями з прийнятою гіпотезою відсутності смертей до 60 років становила 72,5 року. У жінок за цим показником збереглася перевага, але вона була в 2 рази менша, ніж за звичайними таблицями смертності. Середня тривалість життя, що, як очікується, буде втраченим, у чоловіків досягала 10,8 року, у жінок – 5,2 року. Менші, ніж у чоловіків, коефіцієнти жіночої смертності майже за всіма віковими групами (коефіцієнт смертності чоловіків до 60 років перевищував відповідний показник у жінок у 3 рази), різні структури померлих (частка померлих чоловіків у віці 15–59 років досягала 35,5%, у пенсійному віці – 63,2%, жінок відповідно 10,6 і 88,4%) зумовили меншу порівняно з чоловіками кількість потенційних років життя, що, як очікується, буде втрачене через смертність до 60 років.

Отже, найбільший вплив на життєві параметри населення в рамках традиційного аналізу завдає смертність від хвороб системи кровообігу, питома вага якої в загальній структурі смертності перевищує 50%. Далі за величиною впливу у чоловіків ідуть неприродні причини смерті, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, у жінок – злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, нещасні випадки. Застосування такого показника, як втрачені потенційні роки життя, дозволило розширити дослідження смертності населення, під час якого виявилось, що розглянуті основні причини смерті внаслідок різної структури померлих (за віком і причиною смерті) завдають різний за величиною та напрямком змін вплив, часто висовуючи на перше місце хвороби органів дихання, тоді як хвороби системи кровообігу посідають останнє місце серед розглянутих причин смерті.

Список літератури

1. Пиріг Л. Гарантії та реалії. Медицина в Україні на схилі ХХ сторіччя // *Голос України*. – 1998. – 4 груд.
2. Alan D. Lopez. Кто от чего умирает: сравнительный анализ смертности в развитых странах около 1987 г. // *Ежекварт. обзор мировой санитарной статистики: Избр. ст.* – Женева: Медицина, 1993. – Т 43. – С.77–85.

УТРАЧЕННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ КАК ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ)

С.Ю.Аксёнова, Н.Ю.Павелко (Сумы)

По данным статистики населения Сумской области было установлено, что общее количество утраченных потенциальных лет жизни у мужчин существенно превышало аналогичный показатель у женщин, а средняя продолжительность утраченного периода жизни была ниже, чем у женщин, что можно объяснить половым расхождением в возрастной структуре смертности до 60 лет. Применение утраченных потенциальных лет жизни выявило другую последовательность расположения причин смертности населения по величине воздействия на его жизненные параметры по сравнению с той, которая была определена по структуре смертности в зависимости от причины смерти. Так, наибольшим количеством утраченных потенциальных лет жизни (среди основных причин смерти) характеризовались болезни органов дыхания, в то время как болезни системы кровообращения приводили к сравнительно небольшим потерям.

LOST POTENTIAL YEARS OF LIFE AS CHARACTERISTIC OF THE POPULATION MORTALITY IN SUMY REGION

S.Yu.Aksionova, N.Yu.Pavelko (Sumy)

According to facts of the statistics of population of the Sumy region, the general number of lost potential years of life for men significantly surpasses analogous data for women. But meanings of the middle duration of life for men, who died before 60 (for one dead) were lower than for women. It is explained by discrepancy in the ages structure of mortality of different sexes before 60 years. Application of lost potential years of life has found out the other sequence of arrangement of mortality causes of population by a size of effect on his life parameters as compared with that which was defined by the structure of mortality by causes.

УДК 61:378-83(477)(091)

В.Г. БАРДОВ, С.Т.ОМЕЛЬЧУК, А.М.ГРИНЗОВСЬКИЙ (Київ)

МОВНЕ ПИТАННЯ В УКРАЇНІ ТА УКРАЇНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ В КИЇВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ В 20–30-І РОКИ

Національний медичний університет

Після жовтневого перевороту 1917 р. з багатонаціональної імперії утворилася низка самостійних національних держав. 7 листопада 1917 р. була проголошена й Українська народна республіка, незалежність якої декларована 4-м універсалом від 11 січня 1918 р. Та період самостійності тривав недовго. Під збройним натиском більшовиків почалось відновлення територіальної цілісності колишньої Російської імперії, створювалася радянська держава.

“Більшість посад усіх рівнів на той час у партії, у державному апараті, освіті, культурі УРСР належали неукраїнцям. Доходило до того, що заяви чи скарги, написані українською мовою, перекладалися російською, аби той чи той урядовець зміг прочитати. Зрозуміло, що влада, яка не могла спілкуватися з народом його мовою, і навпаки, над тою мовою збиткувалася, не визнаючи її взагалі за мову, на повагу розраховувати не могла” [5]. Подібне спостерігалось й в інших неросійськомовних регіонах.

Отже, влада мала йти на тактичний відступ. У Радянському Союзі було проголошено політику “коренізації”, в Україні це отримало назву українізації. Зводилася вона, насамперед, до дерусифікації державного і партійного діловодства, зовнішніх проявів влади (надписів, вивісок, печаток), до обов’язкового вживання української мови в установах, ведення судочинства українською мовою, зміцнення позицій національної школи, культури, науки, визнання рідної мови мовою початкової, середньої і вищої школи, театрів, кіно, концертів, інших видовищ, періодичної преси, книжок, зокрема наукових і підручників, тощо [3]. Згідно з рішенням московського ЦК український ЦК 22 червня 1923 року приймає постанову, в якій зазначалося: “Намітити з осені поточного року до переходу протягом піврічного строку на українську мову викладання” [5].

Суть українізації, її мета полягали в тому, щоб “через українізацію партії і державного апарату

більшовизм зміг би проникнути в гущу українського народу, зробивши комуністичні гасла в перекладі на українську мову зрозумілими, переорієнтувати свідомість народу з національних, регіональних та релігійних пріоритетів на “інтернаціоналістичні”, позбавити український народ його захисної реакції у формі національно-державних уявлень та особливо його межових проявів українського націоналізму, що бачив Україну незалежною ні від Москви, ні від іншої сторонньої сили державою” [5].

Після партійної постанови Раднарком УРСР 01.08.23 видав Декрет “Про заходи в справі українізації”, яким ухвалював, зокрема, “закінчити переведення установ соціального виховання на мову протягом двох найближчих років” [10]. Ця постанова стала керівництвом до дії. В усіх галузях народного господарства почалось вивчення української мови. Українізації насамперед підлягали заклади освіти. Та щоб навчати школярів і студентство української мови, викладачі повинні були самі її знати. Так виникла потреба в організації курсів української мови, які обов’язково мали відвідувати всі співробітники як навчальних закладів, так і державних установ. Відповідно пропонувалися два види навчальних курсів: по 3 та 9 місяців навчання [2].

Крім того, було введено атестацію всіх працівників. Адміністраціям заборонялося приймати на роботу осіб, що не володіли українською мовою. Особи, які бажали посідати керівні посади, повинні були здати іспит на знання мови та пред’явити посвідчення. Співробітників, котрі не бажали оволодіти й спілкуватись українською мовою, адміністрація мала право звільняти, не видаючи вихідного і без попереджень [2].

Наркомат охорони здоров’я УРСР проводив українізацію відповідно до постанов комуністичної партії як у практичній мережі, так і в навчальних закладах. Особливістю українізації Народного комісаріату охорони здоров’я було те, що він

проводив, використовуючи гроші господарчо-операційних витрат і за рахунок співробітників. Але оплата була досить значною; вона становила 3% від заробітної плати [2].

Проводилася також українізація медичної освіти. Київський медичний інститут не був стороннім спостерігачем, адекватно реагував на постанови керівництва держави. Українізація в інституті йшла досить швидкими темпами. У звіті ректора КМІ за 1923/24 навчальний рік констатувалося: "Щодо переходу на українську викладову мову, то стан її в минулому році був такий; близько 65% кафедр проводили заняття цілком чи майже цілком українською мовою, що ж до решти, то за відомостями, поданими керівниками кафедр, вони вважають за можливе перейти на українську викладову мову з початку 1924/25 навчального року. Отже, з наступного року можна сподіватися на закінчення українізації в КМІ" [6]. Як з'ясувалося згодом, це був занадто оптимістичний прогноз; хоча звіт декана медичного факультету давав підстави так думати. Відомо, що в 1923/24 навчальному році навчання в КМІ проводилося українською та російською мовами.

За мовою кафедри розподілялися на такі групи:

– 25% всієї кількості кафедр користувалися для навчання виключно українською мовою. Це кафедри фізіології, гістології, патологічної анатомії, рентгенології, шкірно-венерологічних недуг, хірургічної факультетської клініки, урології;

– 40% кафедр було майже українізовано: лекції читались виключно українською мовою, але практиcum проводили українською лише 75% викладачів; останні 25% викладачів користувалися мовою російською. Сюди відносяться кафедри: нормальної анатомії, фізики, мікробіології, патологічної фізіології, загальної та соціальної гігієни, оперативної хірургії, акушерства з гінекологією, очних недуг, судової медицини, нервових недуг, ортопедії;

– 12% кафедр користувалися майже виключно російською мовою, лише деякі з викладачів проводили навчання українською мовою. До них слід віднести кафедри спеціальної патології, терапії, загальної хірургії та діагностики;

– 23% кафедр послуговувалися виключно російською мовою. Це такі кафедри, як: органічної хімії, фармакології, спеціальної клініки акушерства, спеціальної клініки гінекології, спеціальної хірургічної клініки та клініки дитячих недуг.

Таким чином, цілком або майже цілком українізованих кафедр було 65%, кафедр, що користувалися виключно або майже виключно російською мовою – 35% [6].

Перехід до викладання українською мовою гальмувався не тільки нестачею україномовних викла-

дачів, а й відсутністю "підручників українською мовою. В значній мірі це питання тільки фінансове, бо професори КМІ вже зараз мають деякі оригінальні та перекладені підручники, або зобов'язуються за короткий термін видати їх, адже спроба реалізувати це через Київську філію Держвидавництва наслідків не дала й конкретні пропозиції КМІ лишилися нереалізованими. З наступного року питання це набуває особливої ваги в зв'язку з остаточною українізацією викладання курсів в інституті, й за всяку ціну потрібно добитися видання українських підручників" [6].

Темпи українізації в Київському медичному інституті дещо сповільнилися. Подібний процес відбувався повсюдно. Були сили, які опиралися українізації, перш за все це верхівка КП(Б)України, в якій українці не мали ніколи хоча б кількісної переваги. Відверта дискримінація українських керівних кадрів існувала постійно. У протиукраїнізаційній політиці верхівка могла розраховувати на підтримку Й.В.Сталіна, у системі національних пріоритетів якого все російське посідало перше місце. В час, коли "замішувалося тісто" українізації, Україною керував перший секретар ЦК КП(Б)У Емануїл Квірінг (поволзький німець за походженням), який не підтримував політику "коренізації". До кінця його "правління", тобто до квітня 1925 р., українізація залишалася на папері [5].

Поштовхом до прискорення процесу українізації стало повернення з еміграції на Україну М.С.Грушевського та призначення наркомом освіти О.Я.Шумського. Створюються комісії та комітети з українізації в установах на місцях, підпорядковані Центральній всеукраїнській комісії в справі керівництва українізацією при РНК УРСР. Проводяться постійні перевірки наркоматів та установ, де з'ясовується, що реальна ситуація не відповідає тій, про яку доповідалось. Так, під час перевірки Наркомздоров'я УРСР у 1925 р. комісія встановила, що українську мову співробітники мало знають, і звернулася до Центральної всеукраїнської комісії в справі керівництва українізацією з листом, у якому зазначилось, що "...є лікарі-фахівці, які працюють над науковими дослідженнями, не мають нічого спільного ні з листуванням, ні з відвідувачами, і до 01.01.26 року ця категорія службовців мови вивчити ніяк не зможе" [2]. На цей лист була отримана відповідь, де зазначалося, що "українську мову мусять знати всі співробітники, починаючи з кваліфікованих робітників і кінчаючи вартівниками і прибиральницями. Ніхто від вивчення української мови не звільняється" [2].

Щоб з'ясувати реальний стан українізації та подальші заходи її проведення в КМІ, 11.02.26 р. відбулося засідання комітету в справі українізації

під головуванням завідувача кафедри загальної гігієни професора В.В.Удовенка. В засіданні комітету брали участь правління вузу та керівники всіх підрозділів. На ньому обговорювалася пропозиція правління КМІ перевірити фактичний стан володіння українською мовою викладачами за допомогою персонального анкетування. Для цього було створено підкомісії: військовий шпиталь (Собкевич, Барбар), Жовтнева лікарня (Колесницький, Стадниченко), біологічний корпус та аптека (Черняхівський, Драйхмара), кафедри, що містяться у дворі Київського університету (Удовенко, Гащанюк), факультетська клініка та одонтфакультет (Крупський, Янченко). Звіт про проведену роботу підкомісії мали подати не пізніше 05.12.26 [9].

Для надання консультацій викладачам було заплановано консультативні години на кафедрі українознавства.

Після проведення анкетування та іспитів з української мови результати розглядалися дуже ретельно в кожному окремому випадку незадовільного результату. Прикладом може слугувати заява І.П.Дехтярева, в якій він пише: "Состоя Секретарем по студенческим делам Киевского мединститута, я крайне перегружен работой, ввиду чего мне приходится работать не только в служебное время, но очень часто у себя на дому по вечерам до поздней ночи, благодаря чему я совершенно не имел возможности изучить украинский язык, не зная языка счел неудобным явиться на экзамен" [10]. Розглядаючи такі випадки, комісія не відраховувала студентів, а клопоталася, щоб ті студенти-випускники, які через незнання української мови не склали іспит, могли отримати диплом у тому разі, якщо вони виїздили працювати за межі України [8].

У 1926 р. Народний комісаріат освіти розробив "Програму українознавства", яка передбачала читання обов'язкового курсу лекцій кафедрами українознавства в обсязі 38 занять по 2 години [2]. Проведення заходів загальнодержавного характеру привело до того, що в 1926 р. 65% діловодства було перекладено українською мовою (в попередньому році – 20 %). Певною проблемою став переклад наукових термінів, через обмаль словників загальнофілологічних і спеціальних. Найбільш уживаним серед медичних працівників був російсько-український медичний словник, складений завідувачем кафедри гігієни КМІ академіком А.В.Корчак-Чепурківським у 1921 р.

У зв'язку з цим були створені термінологічні секції при окремих наркоматах. При Всеукраїнській академії наук кафедра охорони народного здоров'я зайнялася розробкою української медичної термінології. Пізніше було створено Інститут української наукової термінології [2,4,7]. Все це до-

зволило впродовж 1926–1929 р. видати 15 термінологічних словників, серед яких два загальномедичних та анатомічний [2]. Академік А.В.Корчак-Чепурківський у 1924 р. опублікував переклад з англійської "Міжнародної номенклатури хвороб", а в 1926 р. вийшло друге, доповнене та змінене видання цієї номенклатури [4].

Змінилася видавнича політика держави, майже на 87,5% збільшилось україномовної періодики, в тому числі розширився спектр галузевих видань. Кількість вузівських підручників, виданих українською мовою в 1931 р., сягала 79% [3]. У цей час з'явилася низка періодичних видань медичного профілю. Найвідоміші серед них "Профілактична медицина", "Українські медичні вісті", "Український офтальмологічний журнал", "Бюлетень Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР", "Шлях до здоров'я".

Отже, українська мова згодом набувала статусу державної, підкреслюючи тим самим самостійність України. Українізація ставала небезпечною для Москви. Тому з 1927 р. припиняють свою діяльність урядові комісії з питань українізації, починається переслідування лідерів, які очолювали ці процеси на державному рівні. Серед них відомі науковці та політичні діячі О.Я.Шумський, М.О.Скрипник, М.С.Грушевський та С.О.Єфремов. Керівників українізації, навіть найвище поставлених у партійній ієрархії, завжди було легко звинуватити в націоналістичному ухилі [3]. Ця тенденція торкнулася й лідерів українізації на місцях.

Найбільш гучною справою стосовно інтелігенції став показовий процес над так званою Спілкою визволення України. Цей процес над 45 видатними українськими діячами науки та культури, як свідчать дослідження 90-х років, був інспірований у нетрях ДПУ. В цій "опері СВУ на музику ДПУ" постраждали і співробітники КМІ. Засуджені та отримали різні терміни ув'язнення завідувачі таких кафедр, як загальна гігієна (проф. В.В.Удовенко), гігієна праці (проф. В.Я.Підгаєцький), гістологія та ембріологія (проф. О.Г.Черняхівський) та науковий співробітник А.О.Барбар [1], тобто були засуджені саме ті співробітники, які активно займалися питаннями українізації. Всі вони були розстріляні в місцях позбавлення волі за рішенням революційних трійок у 1930 р. Почалася "українізація Наримського краю", – зауважив з гіркою іронією у щоденнику С.О.Єфремов [1]. Був це тільки початок боротьби проти всього національного на терені України. Українська культура поступово витісняється і замінюється російською, в першу чергу в промислових центрах України. Щорічно в 30-х роках для "будування соціалізму" на Україну приїздили де-

сятки тисяч робітників від великого брата, які несли свої традиції та культуру [3].

Як і в державі загалом, українізація в КМІ, зокрема, сповільнилась. Подібний стан був і в інших навчальних закладах та установах. При-

пинилась українізація у січні 1933 р., після прибуття на Україну особливого представника Й.В.Сталіна П.Постишева. І незабаром слово "українізація" остаточно зникає з документів того часу [3].

Список літератури

1. Балобольченко А. СВУ – суд над переконаннями.–К.: УКСП "Кобза", 1994.–115 с.
2. Васильчук Г.М. Українізація вищих органів державної влади та управління УРСР (20-ті роки): Дис... канд. іст. наук.–К., 1994.–213 с.
3. Дашкевич Я.Р. Українізація: причини і наслідки // Слово і час.–1990.–№8.–С. 55–64.
4. Каган С.С. Академик А.В.Корчак-Чепурковский – выдающийся социальный гигиенист // Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине: Сб. науч. тр. –К.:Гос.мед.изд-во УССР, 1962.–С. 278–301.
5. Кучерук О. Більшовицька політика українізації у 20-х роках // Рідна шк.– 1993.–№10.–С. 29–32.
6. Отчет о работе института за 1923–1924 гг.– Держ. арх. м.Києва, ф. Р-352, оп. 1, справа 2151, арк. 1–6.
7. Попович М.В. Нарис історії культури України.– К.: "АртЕк", 1998. – 728 с.
8. Распоряжения, циркуляры и резолюции на заявление врачей о разрешении на защиту диссертаций Наркомпроса за 1923–1926 гг.– Держ. арх. м.Києва, ф. Р-352, оп. 1, справа 39, арк. 53.
9. Сведения о изучении украинского языка сотрудниками института.–Там же, справа 2198, арк. 20.
10. Те саме.–Там же, арк. 29.
11. Те саме.–Там же, арк. 37.

ЯЗЫКОВОЙ ВОПРОС В УКРАИНЕ И УКРАИНИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ В КИЕВСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ В 20–30-Е ГОДЫ

В.Г.Бардов, С.Т.Омельчук, А.М.Гринзовский (Київ)

На основании обзора литературы и архивных материалов проанализированы основные предпосылки и этапы процесса расширения использования украинского языка в различных областях народного хозяйства, в частности в здравоохранении и медицинском образовании, в 20-30-х годах. Особое внимание уделено особенностям процесса расширения издательской деятельности и перевода преподавания на украинский язык в КМІ. Впервые освещена роль отдельных ученых-медиков в решении этого вопроса.

LANGUAGE POLICY IN UKRAINE AND UKRAINIZATION OF TEACHING PROCESS IN KYIV MEDICAL INSTITUTE IN 1920TH-1930TH

V.H.Bardov, S.T.Omelchuk, A.M.Hrinzovsky (Kyiv)

After surveying of literature and archive materials the main prerequisites and stages of broader using of Ukrainian language in public health and medical education in 1920th–1930th have been analysed. The main attention is payed to features of process of broadening the publishing activity and using Ukrainian as language of education at the Kyiv Medical Institute. The role of certain medical scientists in solution of this process has been elucidated.

УДК 614.2:614.4 (477)

Г.П.РОЖКОВСЬКА, В.В.НОВІКОВА (Київ)

РОЗВИТОК МЕРЕЖІ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Український НДІ екогігієни і токсикології ім. Л.І.Медведя,
Український інститут громадського здоров'я

Історичний аналіз матеріалів про становлення санітарно-епідеміологічної служби дав змогу встановити, що до Жовтневої революції в Україні працювало менше, ніж 100 санітарних лікарів і 65 санітарних фельдшерів, які виконували функції статистиків. На всю Україну приходилася 21 санітарно-бактеріологічна лабораторія та 5 пастеровських станцій. Санітарні та протиепідемічні заходи проводилися розрізнено медичними та немедичними організаціями. В містах і селах панувала антисанітарія, поширювались епідемії [11].

На початку 20-х років у Наркомі охорони здоров'я України був організований санітарно-епідеміологічний відділ. Почався пошук оптимальної структури та форм діяльності закладів санепідслужби. У 1922 р. на з'їзді санітарних лікарів України О.Н.Марзєєв висунув ідею організації комплексних профілактичних закладів – санітарно-епідеміологічних станцій (СЕС) як основного закладу санепідслужби, в якому мали бути представлені й задіяні основні елементи санітарної та протиепідемічної роботи, в тому числі й лабораторії.

Важливе значення для створення державної санітарно-епідеміологічної служби мав Декрет Народних Комісарів республіки "О санитарных органах республики", прийнятий 01.06.23. У цьому документі законодавчо була затверджена система державного санітарного нагляду, сформульовані основні положення про діяльність санепідслужби країни, її права та обов'язки.

На санітарні органи покладалася санітарний контроль та охорона таких об'єктів навколишнього середовища, як вода, повітря, ґрунт, помешкання, харчові продукти, протиепідемічні заходи, заходи боротьби з соціальними захворюваннями, охорона здоров'я дітей, санітарна просвіта [10].

Після прийняття Радою Народних Комісарів УРСР відповідної постанови мережа СЕС в Україні ні стала збільшуватися швидкими темпами. Якщо в 1927 р. було тільки 2 СЕС, то в 1932 – вже 146, 208 бактеріологічних лабораторій, 33 малярійні та 16 промислово-санітарних станцій [6, 8]. У 1936

р. кількість СЕС зросла до 406, санітарно-бактеріологічних лабораторій – до 415. Збільшилася кількість промислово-санітарних станцій і промислово-гігієнічних лабораторій – нової форми санітарного забезпечення працівників промислових підприємств. Кількість пастеровських станцій і пунктів санітарної просвіти зменшилася за рахунок включення їх до складу СЕС [13].

На початку 30-х років мережа закладів санепідслужби значно розширилася в сільських місцевостях. Якщо в 1932 р. їх було тільки 65, то в 1933 їх стало вже 143. Було збудовано 100 санбаклабораторій, збільшилася кількість дезінфекційних станцій [13].

23 грудня 1933 р. з метою здійснення функцій запобіжного та поточного санітарного нагляду санітарними лікарями – представниками державної влади – була прийнята Постанова ЦК і РНК СРСР "Об организации государственной санитарной инспекции" [4]. До 1941 р. мережа санітарних і протиепідемічних закладів зросла та зміцніла в організаційному відношенні. В Україні функціонувало близько 800 СЕС та 454 санбаклабораторії. Друга світова війна призвела до того, що в середині 1944 р. функціонували тільки 17 обласних, 305 міських, 51 районна СЕС у великих містах, 27 міжрайонних та 291 районна сільська СЕС, 5 санбаклабораторій. Однак уже наприкінці 1945 р. кількість СЕС перевищила таку 1940 р. і дорівнювала 854 [13].

З 1948 по 1956 р. відбувалася реорганізація санепідслужби: створювались єдині комплексні СЕС шляхом об'єднання державної санітарної інспекції, санепідстанцій, протималарійної та дезінфекційної служб, спеціалізованих протиепідемічних закладів, лабораторій. У СЕС збільшилася кількість санітарно-бактеріологічних лабораторій. На початку 1961 р. в Україні нараховувалося 787 санітарно-епідеміологічних закладів. Міське населення обслуговувалося 82 міськими та 83 районними СЕС, сільське – 28 СЕС сільських районів і 569 санепідвідділеннями районних лікарень. Функціонували 25 обласних СЕС [13].

Законодавчою основою для вирішення завдань подальшого зміцнення санепідслужби стали Постанови ЦК КПРС та Ради Міністрів колишнього СРСР "О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и медицинской науки в стране", "Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении", прийняті в 1968 р., а також Положение о государственном санитарном надзоре, затверджене в 1973 р. У Положенні найбільш повно відображені завдання та правові основи санепідслужби.

Із введенням нових штатних нормативів медичного та інженерно-технічного персоналу СЕС у 1969 р. спостерігалось подальше розширення мережі санепідслужби, яке відбувалося, в основному, відповідно зі створенням нових областей і регіонів, а також за рахунок перетворення в 1969-1970 рр. санепідвідділів лікарень сільських районів у СЕС сільських районів. Внаслідок цього в 1971 р. знову були зорганізовані санітарно-гігієнічні та епідеміологічні відділи СЕС. З метою централізації окремих досліджень проводилось укрупнення лабораторій, створювалися нові лабораторні відділення токсикологічних і фізико-хімічних методів досліджень, радіологічні групи, вірусологічні відділення [6, 7, 9, 12].

На початку 1983 р. в областях України в складі лабораторій санітарно-гігієнічних відділів було відкрито 15 відділень з дослідження фізичних чинників. Було створено 41 санітарно-гігієнічну та 20 бактеріологічних централізованих лабораторій. В обласних СЕС до 1983 р. було зорганізовано 22 відділення (групи) стандартизації та метрології [9].

У наступні роки в деяких обласних СЕС України проходило апробацію створення відділів сільськогосподарської гігієни (гігієни агропромислового комплексу) для забезпечення нагляду за дотриманням гігієнічних вимог до сільгосппродукції під час її виробництва та переробки [2].

У 70-80-і роки планомірно проводилось укріплення лабораторій з метою централізації окремих видів досліджень, більш вузька спеціалізація всередині лабораторій СЕС. На посилення профілактики неінфекційних хвороб було спрямоване створення на початку 90-х відділів гігієни навколишнього середовища та спеціальних відділень із вивчення змін у стані здоров'я населення в зв'язку із забрудненням навколишнього природного середовища [9].

У 80-і роки продовжувалась подальша централізація санепідслужби, насамперед управління та фінансування. Проводився експеримент з укріплення міських СЕС з населенням близько 500 тис. чоловік шляхом об'єднання районних СЕС, інші форми об'єднання: міжрайонні СЕС, СЕС із дезінфекційними станціями, портові з територіальними СЕС. У санепідслужбі міста зберігалась чисе-

льність медичного та інженерно-технічного персоналу, матеріально-технічна база [2]. Висловлювалася думка про необхідність проведення поглиблених наукових досліджень з питань організації та управління санепідслужбою [14], про організацію науково-дослідного інституту, який би займався розробкою наукових основ діяльності санепідслужби [11]. Ставилось питання про потребу розробки основ теорії організації санітарної справи з залученням фахівців у галузі держави та права [15]. Проте спроби реформувати мережу та діяльність санепідслужби у 80-і роки обмежив екстенсивний напрям розвитку всієї системи охорони здоров'я та директивний стиль керівництва.

Через об'єктивні та суб'єктивні обставини структура, форми та методи роботи санітарно-епідеміологічної служби, їх наукове обґрунтування та юридичне забезпечення стали відставати від потреб практики.

На початку 90-х років поряд із розв'язанням проблем централізації – децентралізації закладів санепідслужби назріла потреба в перерозподілі її потенціалу з урахуванням профілактичної направленості, переведенні закладів санепідслужби на економічні принципи функціонування. В нових умовах основним для діяльності органів санепідслужби пропонувалось зробити добір даних про стан здоров'я окремих груп населення, санітарний стан умов їхньої праці, побуту, відпочинку, навколишнього середовища; узагальнення, аналіз, оцінку та класифікацію одержаних даних за значущістю, територією, підприємством, віком, статтю, соціальним станом, часовим періодом тощо; виявлення та оцінку змін причинно-наслідкових зв'язків між здоров'ям населення та санітарним станом умов його праці, побуту, відпочинку, навколишнього середовища; розробити пріоритетні заходи з охорони та зміцнення здоров'я населення, контролю та оцінки ефективності прийнятих до виконання оздоровчих заходів [5]. Потребували також вирішення проблеми управління та організаційно-методичного керівництва в зв'язку з переходом закладів санепідслужби на нові умови господарювання, тому на базі обласних СЕС передбачалось створення міжзакладницької координаційної ради, в інших СЕС - організаційно-методичних відділів, упровадження територіального принципу роботи лікарів-гігієністів [1].

Нормативно-правовим документом, який затвердив структуру та регламентував діяльність санепідслужби в 90-і роки, став Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" [3], Положення про Головне санітарно-епідеміологічне управління Міністерства охорони здоров'я України. Наказом Головного державного санітарного лікаря України (№3 від 05.96) було затверджено Положення про держав-

ну санітарно-епідеміологічну службу МОЗ України. В п.13 наказу записано, що структура, чисельність та штатні розклади органів і закладів державної санепідслужби затверджуються їх керівниками в межах встановленого фонду оплати праці. В п. 19 вказано, за рахунок яких позабюджетних коштів можуть бути створені додаткові джерела фінансування.

За станом на 1995 р. державна санітарно-епідеміологічна служба Міністерства охорони здоров'я України була представлена Українським центром державного санепіднагляду, Республікансь-

кою СЕС Автономної Республіки Крим, 34 обласними, 192 міськими СЕС, 478 районними СЕС сільських районів, 3 басейновими, 12 портовими СЕС, СЕС цивільної авіації, 56 СЕС залізничного транспорту, 16 СЕС спеціальних медчастин, 2 протичумними, 30 дезінфекційними станціями. На 01.01.98 державна санітарно-епідеміологічна служба України налічувала 815 закладів. Напередодні своєї 75-ї річниці вона стоїть перед потребою здійснення певних структурно-функціональних перетворень відповідно до напрямів реформування охорони здоров'я в цілому.

Список літератури

1. *Алекберов М.М.* Состояние и пути совершенствования организации и управления санитарно-эпидемиологическими станциями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 25с.
2. *Гладков Г.Н., Росич Г.Н., Волошин В.А.* Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы республики – важнейшего звена внебольничной помощи населению // *Материалы 2-го съезда соц. гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины.* – К., 1990. – Ч. 1. – С. 83–85.
3. Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" // *Зб. важливих офіційних матеріалів із санітарних і протиепідемічних питань.* – К., 1995. – С.10–36.
4. *Здравоохранение* в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: Сб. док. и материалов. – М.: Медицина, 1973. – 328 с.
5. *Зенков В.А.* О перестройке деятельности санитарно-эпидемиологической службы в условиях эксперимента по обработке новых форм управления, планирования и финансирования // *Гигиена и санитария.* – 1990. – №6. – С.83–85.
6. *Касьяненко А.М.* Санитарно-эпидемиологическая служба УССР и перспективы ее развития // *Тез. докл. X укр. съезда гигиенистов.* – К., 1981. – С. 69–70.
7. *К вопросу о роли кадров в специализации государственного санитарного надзора в СССР* / Г.Ф. Церковный, Т.Д. Чернаенко, И.Е. Яснева // *Гигиена и санитария.* – 1975. – №9. – С.67–70.
8. *Мельник М.Н.* Санитарно-эпидемиологическая служба Украины после образования СССР // *Гигиена и санитария.* – 1972. – №12. – С. 17–19.
9. *Опыт организации межрайонной централизованной санитарно-гигиенической лаборатории в сельской местности* / В.В. Ветчинин, А.П. Кириак, А.М. Зинюк, З.М. Вышинский // *Гигиена и санитария.* – 1977. – №3. – С. 93–94.
10. *Павлов А.В.* Опыт работы и достижения санитарной практики в Украинской ССР за 60 лет // *Гигиена и санитария.* – 1977. – №11. – С. 98–103.
11. *Павлов А.В., Касьяненко А.М.* Прогноз развития и основные направления деятельности санитарно-эпидемиологической службы Украинской ССР в одиннадцатой пятилетке // *Соц. гигиена, орг. здравоохранения и история медицины.* – К., 1983. – Вып. 14. – С. 8–15.
12. *Петровский В.В.* 50-летие санитарной службы страны // *Гигиена и санитария.* – 1972. – №12. – С. 3–7.
13. *Развитие санитарно-эпидемиологической службы* / А.М. Касьяненко, В.В. Ветчинин, А.А. Грандо и др. // *Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития.* – К.: Здоров'я, 1987. – Т. 1. – С. 300–326.
14. *Роль организационных отделов СЭС в управлении санэпидслужбой* / Н.Ф. Приз, О.С. Осторожнюк, Т.Ф. Левицкая и др. // *Тез. докл. X укр. съезда гигиенистов.* – К., 1981. – С. 74–75.
15. *Фонарев Л.С., Гелин С.С.* О совершенствовании правового регулирования в области охраны здоровья населения в части обеспечения его санитарно-эпидемиологического благополучия // *Гигиена и санитария.* – 1990. – №2. – С. 4–8.

РАЗВИТИЕ СЕТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

Г.П. Рожковская, В.В. Новикова, А.В. Головащенко (Киев)

Освещено историю развития в Украине сети и деятельности санэпидслужбы, главные этапы ее становления; приведены основы законодательных актов.

DEVELOPMENT OF SANITARY - EPIDEMIOLOGIC SERVICE NETWORK IN UKRAINE

H.P.Rozhkovska, V.V.Novikova, A.V.Holovashchenko (Kyiv)

The history of development in Ukraine of sanitary and epidemiologic activities on their main stages are under consideration. The basic legal provisions are adduced.

УДК 614.2:368.06(477)

Г. П. РОЖКОВСЬКА, О. О. ГАРНЕЦЬ (Київ)

ЗАРОДЖЕННЯ І РОЗВИТОК СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Український НДІ екологічної і токсикології ім. Л.І.Медведя

Останнім часом, коли гостро постає питання про визначення належного місця страхової медицини в структурі медичної допомоги з метою використання різних джерел фінансування системи охорони здоров'я, виникла потреба ретельного вивчення історичного досвіду з цього питання [2,6]. Тим більше, що в період перебудови системи охорони здоров'я страхова медицина викликає не тільки підвищену увагу, але й серйозну полеміку серед науковців, медичних працівників і широкої громадськості України [12].

Важливо визначити також причини призупинення дії законів зі страхової медицини, адже робітнича медицина практично діяла тільки в Україні [7].

Часом виникнення страхової медицини в Росії, а також і в Україні, що входила до її складу, вважають січень 1912 р., коли Третя Державна Дума прийняла низку законів про соціальне страхування працюючих від нещасних випадків, страхування на випадок хвороби, затвердження установ у справах страхування працівників, затвердження Ради в справах страхування працюючих.

Проте витoki медичного страхування та страхової медицини в Україні відносяться до більш раннього періоду – часів фабрично-заводської медицини [25]. У зв'язку з цим слід згадати товариства взаємодопомоги, що були зародками добровільного страхування серед робітників. Метою їх діяльності було надання допомоги у випадку хвороби, втрати працездатності внаслідок каліцтва, в надзвичайних випадках, виплата пенсій, позик, щомісячної допомоги тощо. В Україні вони знайшли для себе сприятливий ґрунт у правобережних губерніях, цехових організаціях, що існували здавна [13, 22]. Піонерами цього руху були робітники типографій, які діяли в багатьох випадках з ініціативи та під керівництвом власників-видавців.

Товариства були трьох типів: фабрично-заводські каси взаємодопомоги, професійні товариства взаємодопомоги, загальноробітничі товариства, до яких входили представники різних професій. Промисловим підприємством, де у 1870 р. була створена перша в Україні лікарняна каса (каса хворих), був Адміралтейський завод "Рассуд" в Миколаєві. Саме тут на асигнування внесків підприємці склали першу в Україні угоду з Миколаївським військо-

во-морським шпиталем, згідно з якою робітникам заводу "Рассуд" надавалася лікарняна медична допомога в разі нещасних випадків. Отже, лікарняну касу в Миколаєві слід вважати однією з перших у Російській державі первинних ланок організації медичної допомоги на страхових засадах [14].

Розвитку медичного страхування сприяла активізація робітничого руху. Загострення соціальних стосунків на підприємствах призвело до того, що вже у 90-і роки минулого століття деякі підприємці почали страхувати у власних страхових громадах своїх робітників на випадок смерті, каліцтва та тимчасової втрати працездатності [15].

У червні 1912 р., побоючись нової хвилі революційного руху, Державна Дума прийняла новий страховий закон, дуже далекий від тієї системи страхування, якої прагнув робітничий клас [11]. Цей закон передбачав страхування робітників по хворобі і від нещасних випадків. Згідно з законом із власників підприємств був зовсім знятий обов'язок організації лікарської допомоги робітникам [5]. Фабрикант повинен був забезпечити тільки першочергову медичну допомогу та амбулаторне лікування. У випадку, якщо робітник на загальній для всього населення підставі потрапляв у земську чи міську лікарню, він відшкодував витрати на його забезпечення та лікування. При цьому, звичайно, не враховувалася недостатня кількість міських і земських лікарень, велика потреба робітників у кваліфікованій лікарській допомозі. Важливо відзначити, що лікарняні каси здійснювали не лише медичне, а й соціальне страхування працюючих. Вони сплачували вартість медичної допомоги та лікарських засобів, а також виплачували певну частку заробітку хворому за час його хвороби [1].

"Фабричная амбулатория, случайная койка в городской или земской больнице и, как прекрасная мечта, – доброе сердце предпринимателя – вот и всё, что даёт нам в области фабричной медицины закон 23 июня 1912 года", – казав Н.А.Вігдорчик на XII Пироговському з'їзді у 1913 р.

Цей закон стосувався невеликої частини (близько 1/6) робітників, передбачав дуже обмежені розміри винагород, що мали видаватися робітникам у випадку хвороби лікарняними касами чи стра-

ховими товариствами в разі нещасних випадків. Грошові фонди лікарняних кас створювалися здебільшого за рахунок внесків робітників [16, 19, 21].

Виплата допомоги покладалася на лікарняні та страхові товариства. Однак в обов'язки лікарняних кас не входила організація лікарської допомоги робітникам.

Відразу ж після прийняття закону 1912 р. на заводах півдня України розгорнулася боротьба за створення заводських лікарняних кас [9, 17]. Особливістю України було швидке формування (завдяки набутому досвіду у достраховий період) та поширення лікарняних кас [14]. На більшості заводів були створені лікарняні каси. Так, у Єкатеринославській губернії у 1914 р. у фабрично-заводській гірничодобувній промисловості нараховувалось 135 заводських лікарняних кас, але ключові позиції в них займали підприємці. В 1917 р. в Херсонській губернії діяло більше 70 лікарняних кас, у яких налічувалося близько 55 тис. учасників [4].

Самі робітники вважали лікарняні каси кращою формою організації медичної допомоги. У робітничій страховій програмі висувалися вимоги про передання медичної допомоги лікарняним касам. Навіть промисловці вважали за можливе передати таку допомогу в обов'язки лікарняних кас, кошти яких мали складатися з внесків робітників (від 1 до 3% їхньої заробітної плати) та підприємств (у половинному розмірі) [4, 18].

В Україні функціонували лікарняні каси двох типів – заводські та об'єднані. Через них більшість працівників одержували медичну допомогу. Лікарняні каси надавали своїм робітникам допомогу в разі захворювання чи каліцтва з втратою працездатності, пологів і захоронення. При цьому допомога по хворобі одержувалася тільки з 3–4-го дня протягом 13 тижнів. З 13-го тижня допомога надавалася страховими товариствами [20, 24].

У Києві з 16 по 19 жовтня 1917 р. відбувся крайовий медико-санітарний з'їзд при Генеральному Секретаріаті Центральної Ради. З питання про медико-санітарний стан при новому державному устрої України була прийнята резолюція, в якій зазначалось: "Організація та управління всією лікувально-санітарною справою в губернії передаються у виключне відання громадських міських, земських самоуправлінь і лікарняних кас, побудованих на засадах широкого демократичного представництва".

Для цього касові лікарі мали намір проводити дослідження соціальних і гігієнічних умов життя та праці членів кас і їх сімей, здійснювати санітарний нагляд за підприємствами, роз'яснювати питання промислової та громадської гігієни, сутність соціального страхування [23].

Створені в цей період об'єднані лікарняні каси мали значні кошти, організовували амбулаторну та стаціонарну допомогу навіть хворим удома, екстрену допомогу в нічний час, постійне чергування медичного персоналу [8].

Лікарняні каси мали право брати на себе контроль за загальносанітарним станом підприємств із покаранням грошовим штрафом винних у захворюваності робітників – членів каси [27].

Створення кас хворих у королівстві Галичина, герцогстві Буковина та Закарпатті за законом з 1888 р. йшло на зміну й доповнення системи добровільного медичного страхування, що довільно виникло й розвивалося в цьому регіоні до того. Правовою основою створення системи міських і повітових лікарняних кас як системи обов'язкового страхування був Статут уряду Австро-Угорської імперії "Про забезпечення робітників на випадок хвороби" №33 від 30 березня 1888 р. [26].

Отже, лікарняні каси були важливою складовою частиною системи страхування робітників, відіграли велику роль в покращанні організації медичної допомоги робітникам [3, 7, 10, 28].

Список літератури

1. Акты соглашений между правлением Киевского общества взаимного страхования от несчастных случаев и рабочими киевской асфальтовой компании Е.И.Суцкого. – Центр. держ. істор. арх. України, ф. 574, оп. 1, д. 1727, л. 1–7.
2. Аронов Д.В. Страхова медицина – найважливіший елемент економічної реформи в охороні здоров'я // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. "Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України". – Житомир: Б.в., 1992. – С. 9–10.
3. Бажан Т.А. Роль больничных касс в системе страховой медицины в дореволюционный период // Сов. здравоохранение. – 1991. – №1. – С. 39–43.
4. Бажан Т.А. Вопросы охраны труда и здоровья рабочих в деятельности местных комитетов РСДРП юга России (1898–1917) // Гигиена и санитария. – 1979. – № 12. – С. 32–36.
5. Глыбовский В.А. Что говорится в новых страховых законах 23 июня 1912 г. о помощи больным и увечным рабочим. – Центр. держ. істор. арх. України, ф. 575, оп. 1, справа. 586, арк. 21.
6. Голяченко О. Про духовне відродження української медицини // Врачеб. дело. – Лікарська справа. – 1992. – №5. – С. 89–92.
7. Дело окружного фабричного инспектора Киевского округа (циркуляры). – Центр. держ. істор. арх. України, ф. 575, оп. 1, справа. 54, арк. 500.
8. Дело о деятельности Одесского страхового товарищества рабочих и выборы уполномоченных от промышленных предприятий Бессарабской, Таврической, Подольской, Херсонской губерний на съезд уполномоченных для составления проекта устава Одесского страхового общества. – Там же, оп. 1, справа. 738, арк. 81.

9. Ермілов В.С. Особливості медичного страхування на півдні України в минулому і перспектива їх використання в сучасних реформах охорони здоров'я // Матеріали з'їзду соц. гігієністів і організаторів охорони здоров'я України.–К.: Вища шк., 1996.–119 с.
10. Журнал съезда фабричных инспекторов горного и судоходного надзора и представителей промышленности органов Киевского фабричного округа от 10 и 11 сентября 1912 г. о введении в действие законов о страховании рабочих.–Центр. держ. істор. арх. України, ф. 575, оп. 1, справа 616, арк. 3043.
11. Закон Николая Второго "Об учреждении Совета по делам страхования рабочих".–Там же, справа 137, арк. 17.
12. Золотова О.А., Мар'їна О.С. Страхова медицина: благополуччя чи тупик? // Трибуна.–1993.–№8–9.–С. 30.
13. Матеріали до історії української медицини / За ред. Василя Плюща.–Нью-Йорк–Мюнхен, 1975.–Т.1.–С. 30.
14. Межиров Л.С. Вопросы охраны труда и здоровья в рабочем движении начала 20-го века на Украине // Вопр. соц. гигиены, орг. здравоохранения и история медицины.–К.: Здоров'я, 1970.–Вып. 4.–С. 119–120.
15. Переписка с отделом промышленности Министерства торговли и промышленности о представлении сведений о размере страховых сумм, выплаченных владельцами промышленных предприятий Киевской губернии рабочим, получившим увечья.– Центр. держ. істор. арх. України, ф. 574, оп. 1, справа 1528, арк. 1031.
16. Письмо из Екатеринославля члену Государственной Думы Г.И.Петровскому в г.Петербург с резолюцией собрания рабочих Донецко-Юзовского завода с высказываниями против нового страхового закона.–Там же, ф. 1597, оп. 1, справа 348, арк. 25.
17. Проекты устава "Общества взаимного страхования фабрикантов и заводчиков г.Одессы и Херсонской губернии от несчастных случаев с рабочими".–Там же, ф. 575, оп. 1, справа 20, арк. 45.
18. Статьи из различных газет и журналов по вопросу страхования рабочих (вырезки из газет и журналов за 1912 г.).–Там же, ф. 642, оп. 1, справа 42-а, арк. 205.
19. Страховая медицина в дореволюционной России: анализ статьи Л.Л.Рохлиной "Социальное страхование и медицина" ("Врачеб. дело, 1920) // Медицина Украины.–1995.–№1.–С. 46–47.
20. Страхование на случай смерти: С.-Петербургское общество страхования от огня имущества и страхования пожизненных доходов и денежных капиталов.–СПб.: Типография Санкт-Петербургского градоначальника, 1896.–44 с.
21. Страшун И.Д. О фабричной медицине и борьбе за социальное страхование рабочих // Русская общественная медицина в период между двумя революциями (1907–1917).–М.: Медицина, 1964.
22. Ступак Ф.Я. Перше товариство взаємодопомоги в Україні та благодійність // Матеріали конф. "Історія української медицини".–К.: Здоров'я, 1995.–С. 31–38.
23. Таран В.В. Развитие страховой медицины на Украине // Соц. гигиена, орг. здравоохранения и история медицины.–К.: Здоров'я, 1992.–Вып. 23.–С. 117–120.
24. Устав больничных касс при сахарных заводах.–Центр. держ. істор. арх. України, ф. 575, оп. 1, справа 54, арк. 85.
25. Циркуляторы Киевского губернского по фабричным делам присутствия (1896–1907).–Там же, ф. 575, оп. 1, справа 15, арк. 80.
26. Шапиро И.Я. Основные направления и итоги историко-медицинских исследований в западных областях УССР // Актуальные вопр. истории медицины в Укр. ССР.–К.: Здоров'я, 1978.–С. 29–30.
27. Шаталов В.И. К истории страховой медицины // Актуальные пробл. соц. медицины, орг. здравоохранения и пути их дальнейшего развития в Украине: Сб. науч. тр.–Днепропетровск, Б.и., 1994.–С. 181–182.
28. Шаталов В.И. Роль больничных касс в медицинском обслуживании рабочих // Там же.–С. 180–181.

ЗАРОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ

Г.П.Рожковская, А.А.Гарнец (Киев)

Исследование развития и становления медицинского страхования и страховой медицины в Украине показало, что медицинское страхование возникло в недрах фабрично-заводской медицины в виде первых страховых обществ на юге Украины (Одесская, Херсонская, Николаевская губернии) задолго до выхода закона о страховании рабочих (1912). После выхода закона в некоторых украинских губерниях (Киевская, Одесская и др.) начали организовываться больничные кассы, которые оказывали медицинскую помощь работающим и сыграли большую роль в организации и улучшении этой помощи.

FOUNDATION AND DEVELOPMENT OF HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

H.P. Rozhkovska, A.A. Harnets (Kyiv)

The early start of health insurance in Ukraine retrospectively could be traced within the occupational medicine in its industrially rapidly developing South region (former Odessa, Kherson, Mikolayiv provinces). The first law on health insurance for workers and employee was introduced only in 1912. After that the so-called hospital insurance cash funds began be founded in some Ukrainian provinces (Kyiv, Odessa and others). They gave financial support to workers in need for medical care provision and also played important role in future development of health insurance structure and expansion of medical care provision within this system.

УДК 614(092)

ЮРІЙ ПРОКОПОВИЧ СПІЖЕНКО (ДО 50-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)



6 червня 2000 року виповнилося 50 років від дня народження та майже 30 років трудової діяльності доктору медичних наук академіку Академії медичних наук, народному депутату Верховної Ради України Юрію Прокоповичу Спіженку. Він також є президентом Фармацевтичної асоціації України, головою Всеукраїнської Чорнобильської народної партії "За добробут та соціальний захист народу".

Народився Ю.П.Спіженко в родині селянина у с. Побірка Теплицького району Вінницької області. Після закінчення у 1973 році Чернівецького державного медичного інституту за спеціальністю "Лікувальна справа" він розпочав свою трудову діяльність, сповнену служіння людям на рідній землі. Пройшов професійний шлях від лікаря до Міністра охорони здоров'я України, депутата Верховної Ради України, Голови постійної Комісії Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства.

У 1973–1974 роках Юрій Прокопович працював лікарем у м. Бердичеві. З 1974 року почалася його трудова діяльність вже як організатора охорони здоров'я: у 1974–1980 роках – на посаді головного лікаря спочатку Іванівської дільничної лікарні, а потім Олевської центральної районної лікарні, у 1980–1984 – головного лікаря Житомирського обласного лікувального управління, а в 1984–1986 роках – завідувача відділу охорони здоров'я Житомирського обласного виконкому.

1986 рік був випробувальним у житті Ю.П.Спіженка. Чорнобиль. Його зловісна тінь впала на Житомирщину. Недоспані ночі, мобілізація всіх своїх сил – все було віддано на боротьбу з лихом. Саме в цей важкий для України час проявився сповна організаторський талант Ю.П.Спіженка, його відданість справі і людям.

Досвід, одержаний наполегливою працею, дав змогу розширити масштаб професійної діяльності. Вже в 1986 році Ю.П.Спіженка призначають заступником Міністра охорони здоров'я, куратором таких проблем галузі, як ліквідація наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, вдосконалення організації системи охорони здоров'я в нових умовах, а з 1989 року – Міністром охорони здоров'я України. На цій посаді він працював п'ять років, доки у 1994 році не був обраний народним депутатом Верховної Ради України. Цю почесну роботу Юрій Прокопович виконує і зараз після чергового переобрання у 1998 році.

У Верховній Раді Ю.П.Спіженко у 1994–1998 роках був членом її Президії, Головою постійної Комісії з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства, а з 1998 року – членом Комітету з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства. Під його керівництвом і за його участю підготовлено пакет законів, життєво важливих для цієї проблеми та які відповідають новим умовам входження України до цивілізованого світового простору. Особлива увага приділялася питанням розвитку медичної допомоги населенню, яка сприяє збереженню генофонду країни, здоров'я населення, проблемам оздоровлення екологічної обстановки, підвищення відповідальності посадових осіб за порушення чинного законодавства, посилення в цій сфері державного контролю.

У 1995–1998 роках Ю.П.Спіженко працював Головою Державного Комітету України з медичної та мікробіологічної промисловості, де проводив велику роботу з організації медичної промисловості України. Цим питанням він займався ще будучи Міністром охорони здоров'я. Під його керівництвом була розроблена концепція підняття фармацевтичної промисловості України, головними принциповими положеннями якої є захист вітчизняного виробника, насичення ринку та забезпечення закладів

охорони здоров'я вітчизняними лікарськими засобами. Ці принципи втілювалися у життя його наполегливими зусиллями, завдяки чому обсяги виробництва вітчизняних лікарських засобів щорічно збільшувалися впродовж цього періоду на 10%, а їх асортимент розширився більш як на 50% – з 800 до 1246 найменувань.

З 1998 року Ю.П.Спіженко обраний Президентом Фармацевтичної асоціації України. І знову всі свої сили зін віддає об'єднанню практичних фармацевтів з науковцями, робітниками фармацевтичної промисловості, представниками комерційних структур для співпраці в галузі медикаментозного забезпечення населення України.

Крім організаторської, практичної діяльності, Ю.П.Спіженко успішно займається науковою роботою. У 1988 році він захистив кандидатську дисертацію на тему "Визначення всмоктувальної функції шлунково-кишкового тракту в комплексній діагностиці гострої тонкокишкової непрохідності", а у 1992 – докторську дисертацію на тему "Антеградна ендолімфатична терапія у комплексному лікуванні хворих гнійно-запальними захворюваннями". З 1993 року – академік Академії медичних наук України. Під керівництвом Ю.П.Спіженка підготовлено низку докторських і кандидатських дисертацій. Він є автором понад 150 наукових праць.

Як директор видання журналу "СНІД", почесний президент часопису "Ліки України", член редакційної колегії журналу "Клінічна антибіотикотерапія", Ю.П.Спіженко активно сприяє пропаганді і донесенню фахової медичної думки до широкого читацького загалу.

Заслуги Ю.П.Спіженка широко визнані й оцінені. Його нагороджено орденом "Знак пошани", відзнакою Президента України "За заслуги III ст."

Колективи редколегії журналу та Українського інституту громадського здоров'я вітають Юрія Прокоповича Спіженка з ювілеєм і бажають міцного здоров'я, творчої наснаги, великих звершень і подальшої плідної праці заради процвітання народу України.

УДК 614(092)

ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ ПОКАНЕВИЧ (ДО 50-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

5 травня 2000р. сповнилося 50 років від дня народження відомому діячеві і вченому в галузі народної та нетрадиційної медицини, Заслуженому лікарю України, кандидату медичних наук, доценту, Генеральному директору Української асоціації народної медицини та президенту медичного інституту цієї асоціації Валерію Володимировичу Поканевичу.

В.В.Поканевич після закінчення у 1973 році Чернівецького медичного інституту працював хірургом в Олевській центральній районній лікарні, потім – головним лікарем Білорівничеської дільничної районній лікарні, заступником головного лікаря Житомирської міської лікарні №1. Одночасно займався науковими дослідженнями і в 1985 році захистив кандидатську дисертацію.

Значну частину своєї трудової діяльності В.В.Поканевич присвятив розробці актуальних питань сучасності – теоретичних основ інтеграції народної медицини з класичною. Під його керівництвом розроблені концептуальна модель і програма розвитку народної та нетрадиційної медицини в Україні, інфраструктура і функції її органів та установ. З метою наукового обґрунтування і впровадження в медичну практику ефективних методів народної та нетрадиційної медицини він створює в 1990 році в Житомирі науково-прак-



тичний центр народної та нетрадиційної медицини, а в 1991 році – Українську асоціацію народної медицини, діяльність якої сприяє позитивному вирішенню питань підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

З ініціативи В.В.Поканевича в 1992 році був створений оригінальний, єдиний у СНГ вищий медичний навчальний заклад, у навчальний процес якого органічно ввійшло викладання основ класичної та народної і нетрадиційної медицини, чим було започатковано новий напрям у підготовці спеціалістів-медиків для закладів охорони здоров'я.

На сьогодні медичний інститут Української асоціації народної медицини акредитований Міністерством освіти України і занесений до Державного реєстру. В ньому проводиться підготовка фахівців за п'ятьма медичними спеціальностями. За роки свого існування інститутом випущено 900 спеціалістів-медиків.

За участю В.В.Поканевича до переліку лікарських посад закладів охорони здоров'я було запроваджено нову посаду лікаря з народної та нетрадиційної медицини.

Наукові розробки В.В.Поканевича знайшли своє відображення у більш як 100 наукових працях, а також стали основою нормативних актів і методичних документів, які регламентують діяльність закладів охорони здоров'я з народної медицини.

Талановитий організатор і науковець В.В.Поканевич – член світової мережі фахівців з народної та нетрадиційної медицини.

Вітаємо Валерія Володимировича з ювілеєм і бажаємо подальших творчих успіхів і міцного здоров'я.

*Українська асоціація народної медицини,
Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

О.О.ДУДИНА, Л.В.КВАШНІНА, Т.М.МАЗУР (Київ)

ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Український інститут громадського здоров'я,
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

13–16 жовтня 1999 р. у Києві відбувся черговий X з'їзд педіатрів України. В роботі з'їзду брали участь понад 500 делегатів і учасників – представників усіх регіонів України.

Програма з'їзду була насиченою і складалася з 4 пленарних засідань (сучасні проблеми організації охорони здоров'я дітей і підлітків, актуальні проблеми перинатології, проблеми здорової дитини на сучасному етапі, інфекційні хвороби та проблеми вакцинації дітей наприкінці ХХ століття) і 8 симпозіумів з проблем генетичного моніторингу, раціонального вигодовування дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції, новітніх лікувально-діагностичних технологій, стану та перспектив розвитку дитячих спеціалізованих служб - гастроентерології, кардіоревматології, нефрології, алергології. Крім того, в ході роботи з'їзду відбулися 2 засідання круглих столів на тему: "Основні напрями реформування первинної медико-санітарної допомоги дітям" і "Проблеми уніфікації та впровадження нових технологій під час викладання педіатрії".

Делегати й учасники з'їзду мали можливість ознайомитися з виставкою "Здоров'я матері та дитини '99", у якій взяли участь як вітчизняні виробники, так і представництва численних іноземних фірм і компаній. На з'їзді прозвучали привітання Президента України Л.Д.Кучми, Академії медичних наук (акад. О.Ф.Возіанов), Міністерства охорони здоров'я України (Міністр Р.В.Богатирьова), Київської міської держадміністрації (В.В.Загородний), Комісії Верховної Ради України з охорони здоров'я, материнства і дитинства (Л.С.Григорович), генеральних спонсорів.

З'їзд відкрила Президент Асоціації педіатрів України акад. О.М.Лук'янова. У вступному слові вона відмітила, що з'їзд проходить на рубежі століть, коли відомі медики провідних країн світу виступили з ініціативою вважати ХХІ ст. століттям профілактики в медицині. Позитивним є те, що Уряд і Президент України приділяють значну увагу процесам реформування суспільства в цілому і системі охорони здоров'я, зокрема. Лише за

останні роки набули чинності понад три десятки законів, 79 Указів Президента і понад 300 постанов Уряду щодо поліпшення здоров'я громадян.

В інформації про підсумки та перспективи діяльності Асоціації педіатрів України О.М.Лук'янова відмітила, що до складу асоціації входить понад 2,5 тис. членів, навела приклади плідної роботи обласних асоціацій педіатрів з виконавчою владою щодо виконання окремих завдань програми "Діти України" (Дніпропетровська і Луганська області), розробки і впровадження програми "Здоров'я киян".

У доповіді "Наукові основи профілактичної педіатрії: завдання та перспективи" акад. О.М.Лук'янова детально висвітлила питання стану наукових досліджень та їх перспектив щодо перинатальної охорони здоров'я плода, запобігання найпоширенішим соматичним захворюванням у дітей, профілактики порушень фізичного розвитку і збереження здоров'я здорової дитини. Враховуючи, що професійний менталітет розглядає здоров'я дитини як відсутність будь-якого захворювання, а у кожної дитини можуть бути ті чи інші не виявлені відхилення в стані здоров'я, О.М.Лук'янова запропонувала поряд з загальноприйнятим комплексом критеріїв оцінки здоров'я проводити якісно-кількісну оцінку стану внутрішнього середовища дитячого організму, його адаптаційних можливостей.

У програмній доповіді колишнього Міністра охорони здоров'я України Р.В.Богатирьової був представлений аналіз сучасного стану охорони здоров'я України та проблем її реформування. Як зазначалось у доповіді, етичним підґрунтям політики в охороні здоров'я, як основи доопрацювання стратегії реформ, є здоров'я як одне з найважливіших прав людини, справедливість і солідарність в питаннях здоров'я та його охорони, участь в охороні та відповідальне ставлення до здоров'я, а головне в політиці охорони здоров'я – економіка. Підкреслено, що рівень охорони здоров'я не відповідає реальним витратам, які на національному рівні оцінюються понад 9,5 млрд грн, в тому

числі за рахунок консолідованого державного бюджету близько 4,5 млрд грн та сплати населенням за ліки понад 5 млрд грн. В Україні утримується негативна демографічна ситуація – зменшується народжуваність, чисельність населення, його середня очікувана тривалість життя, зростає поширеність захворювань, смертність.

На тлі низького рівня здоров'я населення спостерігається неефективне громіздке управління системою охорони здоров'я на всіх її рівнях, роздроблений медичний простір, конфлікт законодавчих і нормативних документів з соціально-економічними зрушеннями в країні, нераціональне використання недостатнього наявного державного бюджету та диспропорція у фінансуванні надання медичної допомоги, недовраховання та відсутність механізмів забезпечення оптимального використання загальних видатків на охорону здоров'я, відсутність економічних стимулів для реформ у державному секторі, застарілі технології профілактики і лікування, занепад основних фондів. Обґрунтовано необхідність реформи охорони здоров'я, складовими частинами якої повинні бути: доопрацювання стратегії та політики реформування, адміністративна реформа органів управління, запровадження інституту збереження та поліпшення здоров'я нації, удосконалення державної медичної допомоги, підтримка недержавної медичної допомоги, розвиток медичної науки та освіти, законодавче забезпечення реформ.

У доповіді "Проблеми переорієнтації педіатричної служби на первинну медико-санітарну допомогу" (Н.Г.Гойда, О.О.Дудіна, О.М.Ціборовський, Т.М.Мазур) давалась оцінка існуючої системи педіатричної служби, її результативності. Зазначено, що, незважаючи на соціально-економічні негаразди, погіршення екосистеми, скорочення кадрів педіатрів, в Україні вдалося зберегти доступність, якість та профілактичну спрямованість медичної допомоги дітям. При цьому доведена доцільність реструктуризації педіатричної служби, розробки оптимальних медико-організаційних технологій медичної допомоги дітям. Науково обґрунтована потреба розширення функцій дільничних лікарів-педіатрів з питань забезпечення діагностики, лікування і профілактики всіх поширених захворювань дітей і повної їх відповідальності за стан здоров'я опікуваних пацієнтів, звільнення "вузьких" спеціалістів від обслуговування за первинними звертаннями пацієнтів, передання обслуговування підлітків педіатричній мережі. Запропоновані організаційні форми первинної медико-санітарної допомоги дитячому населенню на засадах сімейної медицини.

Підкреслено, що переорієнтація педіатричної служби на первинну медико-санітарну допомогу повинна супроводжуватись запровадженням ре-

зультативних форм перепідготовки лікарів-педіатрів широкого профілю, переглядом нормативів потреб дитячого населення у первинній і спеціалізованій медико-санітарній допомозі, розробці і впровадженні ефективних скринінгових програм, сучасних медико-організаційних технологій профілактики і лікування.

Низка доповідей була присвячена окремим питанням стану здоров'я дітей і підлітків, а саме: особливостям і тенденціям захворюваності дитячого населення України (А.М.Нагорна, Т.С.Грузева), аналізу причин смертності немовлят (В.В.Бережний, Р.О.Мойсеєнко, Л.В.Гуліда), медико-соціальним проблемам охорони здоров'я дітей шкільного віку та підлітків (М.М.Коренєв, С.О.Левенець, К.К.Колмиков, Т.М.Даниленко), сучасному стану захворюваності дітей на різні форми туберкульозу (Ю.І.Фещенко).

Обговоренню цих проблем було присвячено також і засідання круглого столу "Основні напрями реформування первинної медико-санітарної допомоги дітям". Вчені й організатори-педіатри одноставно підтримали потребу поступової еволюційної переорієнтації педіатричної служби на первинну медико-санітарну допомогу в разі збереження існуючої її системи, доцільність запровадження ініціативи Головного управління охорони здоров'я Київської міської держадміністрації щодо передання медичного обслуговування підлітків дитячим поліклінікам.

На пленарному засіданні "Актуальні проблеми перинатології" були детально висвітлені питання сучасної інтенсивної терапії та виходжування передчасно народжених дітей, перинатальної та неонатальної кардіології, комплексної пренатальної діагностики вродженої та спадкової патології у плода, морфофункціональних особливостей адаптації новонароджених у ранньому неонатальному періоді, виходжування новонароджених від матерів з екстрагенітальною патологією. Були представлені результати впровадження сучасних програм і проектів "Ранне втручання" (В.Тіщенко з спіавт.), "Програма розвитку перинатальної педіатрії в Одеському регіоні" (Л.С.Будяк з спіавт.). Підкреслено, що впровадження сучасних методів діагностики та лікування з приводу патологічних станів плода і новонародженого в перинатальному періоді дозволило за останні 5 років знизити перинатальну смертність на 8,7%, ранню неонатальну – 10,6%, незважаючи на значне зростання захворювань у новонароджених.

Пленарне засідання "Проблеми здорової дитини на сучасному етапі" було присвячене питанням здоров'я дітей в умовах сучасного соціуму, впливу на стан здоров'я екологічних і соціальних чинників, розробці найбільш об'єктивних методів його оцінки, визначенню ранніх ознак порушення

адаптаційно-компенсаторних можливостей, які вимагають своєчасної корекції отриманих змін і призначення відповідного лікувально-реабілітаційного комплексу. Представлені в доповідях результати досліджень обґрунтовують необхідність створення державної програми профілактики та реабілітації дітей з синдромом екологічної дезадаптації на основі зв'язку медичних і екосоціальних даних для прогнозування ефективності природоохоронних заходів, зниження рівня дитячої захворюваності, зумовленої чинниками довкілля.

На пленарному засіданні "Інфекційні хвороби та проблеми вакцинації дітей наприкінці ХХ століття" розглядались питання діагностики та лікування з приводу таких інфекційних захворювань у дітей, як дифтерія, гепатит, поліомієліт, гострі кишкові інфекції. Були розглянуті проблеми сучас-

ної вакцинології, завдання Розширеної програми імунізації, напрями вдосконалення вакцинних препаратів.

Всього на з'їзді було представлено 85 доповідей про проблеми організації охорони здоров'я дітей і підлітків, актуальні питання здоров'я дітей, розробки та впровадження сучасних профілактичних і лікувальних технологій тощо.

На заключному пленарному засіданні була обговорена та прийнята резолюція з'їзду, заслухані та обговорені звіти про роботу ревізійної комісії Асоціації педіатрів України (А.Ф.Мозолевський), редколегії журналу "Педіатрія, акушерство та гінекологія" (Р.Г.Майданник), відбулися вибори правління і ревізійної комісії Асоціації педіатрів України. Президентом асоціації педіатрів України була обрана академік О.М.Лук'янова.

УДК 614.2:351

Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.

Монографія З.С.Гладуна, присвячена актуальним проблемам управління в системі охорони здоров'я України, з'явилася на книжковому ринку своєчасно. Сьогодні, як ніколи, гостро стоїть питання реформування системи охорони здоров'я, а законодавче регулювання управління галуззю – найважливіший його складник.

Книга присвячена питанням організації та функціонування системи органів державної влади в галузі охорони здоров'я, аналізу їх ролі, службових зв'язків і повноважень. Вона щедро ілюстрована структурними схемами.

Цінність монографії у тому, що автор розглядає проблеми управління охороною здоров'я з погляду юриста та позицій існуючого юридичного підґрунтя, а не теоретичних міркувань щодо бажаного результату.

Досить зручним є те, що в додатках подані витяги із основних діючих нормативно-правових актів, Основ законодавства України про охорону здоров'я, рішення Конституційного суду щодо заборони платних послуг у системі охорони здоров'я.

Книга досить корисна як для організаторів охорони здоров'я, так і працівників органів державної влади, депутатів різних рівнів, студентів вищих навчальних юридичних, економічних і медичних закладів.

*Доцент кафедри соціальної медицини
та охорони здоров'я Національного медичного
університету О.Г.Назарова*

**Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” за-
прошує Вас до активної співпраці!**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друквані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з’їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

- Статті набираються на комп’ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній сторінці аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

- На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

- Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

• Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

• Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (Х, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

• Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

• У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

• Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

• Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

• Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;

- кольорова на уклеїці:

двостороння - 550 ум.од.;

одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 200 ум.од.;

- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

• Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

<http://www.uact.cit-ua.net/uiph>

<http://www.uact.kharkov.com/uiph>.

• Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 252054, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49